



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

**« LA PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DE
L'INSUFFISANCE CARDIAQUE »**

– Groupe n°11 –

- | | |
|---------------------|---------------------|
| – ABANADES ANNE | – GRESSE LAURENT |
| – BENZEKRI NADIA | – LANGLAIS FABIENNE |
| – CORRIOL CLEMENT | – MARIETTI SANDRINE |
| – COUDRAY ALINE | – PERRON DOMINIQUE |
| – DERECOURT CHANTAL | |

Animateur
ALLA FRANCOIS

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LES RESEAUX, L'ETAT DE L'ART	3
1.1 L'exemple américain des "managed care".....	3
1.2 Les enseignements du réseau « à l'américaine »	4
1.2.1 Aspects financiers	4
1.2.2 Aspects médicaux	5
1.3 La délégation organisée de compétence au sein des réseaux : la situation internationale'	5
2 Des réseaux de soins aux réseaux de santé.....	7
2.1 Le fruit d'une histoire.....	7
2.2 Un cadre juridique récent.....	7
2.3 Un financement complexe.....	8
2.4 Une indispensable évaluation.....	10
2.5 Quelques déclinaisons régionales.....	11
3 PROFESSION INFIRMIERE ET TRANSFERT DE COMPETENCES.....	12
3.1 Une profession réglementée.....	12
3.1.1 Les actes professionnels.....	12
3.1.2 La nomenclature des actes	13
3.2 Vers un transfert de compétences ?.....	13
3.2.1 Les expérimentations	13
3.2.2 Conséquences de ce transfert : formation, spécialisations, émergence de nouveaux métiers et pénurie.....	14
4 STRUCTURATION D'UN RESEAU REGIONAL	15
4.1 L'éducation du patient et des aidants naturels	15
4.1.1 Quelles acquisitions du patient et des aidants naturels ?	16
4.1.2 En pratique, quelles modalités d'éducation des patients et des aidants naturels ?.....	16
4.1.3 Quel engagement du patient ?	17
4.2 Formation des professionnels de santé	17

4.2.1	Quelle formation à la prise en charge de l'IC ?	17
4.2.2	Quelles modalités des formations ?	18
4.2.3	Quels dispensateurs de cette formation ?	18
4.2.4	Quel engagement des professionnels de santé ?	18
4.2.5	Quels financements ?	19
4.3	Dossier médical partagé	19
4.3.1	Quel support du dossier médical partagé ?	19
4.3.2	Quel contenu du dossier médical partagé ?	19
4.3.3	Qui peut l'utiliser ?	20
4.3.4	Quels engagements des professionnels de santé et des patients insuffisants cardiaques ?	20
4.4	Coordination du réseau	21
4.4.1	Quel rôle pour la cellule de coordination ?	21
4.4.2	Quel profil type pour une cellule de coordination ?	22
4.5	Financements et rémunérations	22
4.5.1	Quels statuts ?	22
4.5.2	Quels financements ?	23
4.6	Evaluation du réseau	24
4.6.1	Que disent les textes ?	24
4.6.2	En pratique	24
4.6.3	Qui peut évaluer ?	24
4.6.4	Quand et comment évaluer ?	25
Conclusion		27
Bibliographie		29
LOIS, ORDONNANCES ET CODES		29
DECRETS		29
ARRETES		29
CIRCULAIRES		29
PERIODIQUES, REVUES ET RAPPORTS		30
Liste des annexes		I
ANNEXE N°1 : Cadre réglementaire		I

ANNEXE N°2 : Complément d'information sur le financement des réseaux (Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux).....	II
Critères du financement d'un réseau :.....	II
Eléments de procédure et constitution du dossier de demande de financement : ..	II
Evaluation du réseau :	III
ANNEXE N°3 : Complément d'information sur le rôle propre infirmier (Article R4311-5 et R4311-6 du CSP).....	IV
Article R4311-5.....	IV
Article R4311-6.....	VI
ANNEXE N°4 : GRILLE D'EVALUATION DES RESEAUX DE SOINS DE L'URCAM BRETAGNE	VII
PREAMBULE.....	VII
PRESENTATION GENERALE DU RESEAU	VIII
PREMIERE PARTIE DE L'EVALUATION.....	IX
I – A propos de l'environnement du réseau	IX
II – A propos du fonctionnement du réseau	IX
III – A propos de l'intégration des usagers dans le réseau.....	XI
IV – A propos de l'intégration des professionnels de santé dans le réseau	XIII
DEUXIEME PARTIE DE L'EVALUATION.....	XIV
V – A propos de la qualité de la prise en charge dans le réseau	XIV
VI – A propos des résultats de la prise en charge par le réseau.....	XVI
VII – A propos du financement du réseau.....	XVI
ANNEXE N°5 : EXEMPLE D'ENQUETE AUPRES DES USAGERS DU RESEAUXVII	
ANNEXE N°6 : GUIDE DES ENTRETIENS.....	XX
PRESIDENTE SNIIL.....	XX
URML	XX
URCAM RENNES	XXI
EVALUATION	XXI
FINANCEMENT	XXI
DIRECTEUR ADJOINT EN CHARGE DES RESEAUX.....	XXII
RESEAU RESPECTI CŒUR CHU NANTES	XXII

Remerciements

L'ensemble du groupe tient à adresser ses remerciements au Dr François ALLA pour sa disponibilité et ses conseils.

Nous remercions également toutes les personnes qui ont bien voulu nous recevoir et répondre à nos questions, tout particulièrement :

Mme TREGUER, Chargée de mission URCAM Bretagne

M.PLEYBER, Chargé de mission URCAM Bretagne

Mme TOUBA, IDE, Présidente du SNIL,

Dr. GALOUYE, Président de l'URML Midi-Pyrénées,

Mme de la LANCE, Directrice adjointe chargée des réseaux, CH de Versailles,

Dr. STORA, Cardiologue, Coordinateur du réseau RESPECTICOEUR, Nantes,

Mme LAMBERT, IDE, Coordinatrice du réseau RESPECTICOEUR, Nantes,

Pr. TROCHU, Vice-Président du réseau RESPECTICOEUR, Nantes,

Mme Le BONNEC, Coordinatrice du réseau Santé Mentale Sud-Yvelines.

Ces échanges nous ont été précieux.

Liste des sigles et abréviations utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNR : Coordination Nationale des Réseaux
DMP : Dossier Médical Partagé
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux
DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux
EPICAL : Epidémiologie de l'Insuffisance Cardiaque Avancée en Lorraine
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
GP : General Practitioner
HAS : Haute Autorité de Santé
HMO : Health Maintenance Organization
IC : Insuffisance Cardiaque
ICC : Insuffisance Cardiaque Chronique
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LMD : Licence Master Doctorat
MCO : Managed Care Organizations
MRS : Mission Régionale de Santé
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONRS : Observatoire National des Réseaux de Santé
PCM : Prise en Charge Multidisciplinaire
SNIIL : Syndicat National des Infirmières et des Infirmiers Libéraux
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque chronique (ICC) est un syndrome classiquement défini comme l'impossibilité pour le cœur d'assurer un débit sanguin suffisant pour satisfaire les besoins métaboliques de l'organisme¹. L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie chronique, au retentissement variable selon les individus, à l'évolution émaillée d'épisodes de décompensation, associée à une altération importante de la qualité de vie des patients.

Ce syndrome peut être la conséquence des diverses pathologies affectant le myocarde, notamment les coronaropathies telle que l'infarctus du myocarde. Il faut savoir que l'hypertension artérielle (HTA) est le facteur de risque d'IC le plus souvent retrouvé.

L'IC est donc une maladie grave, elle est recensée comme la 1^{ère} cause d'hospitalisation après 60 ans assortie de nombreuses ré-hospitalisations. En effet, un patient sur deux hospitalisés pour IC, serait ré-hospitalisé dans les 3 à 6 mois. Chaque année, 15 à 35% des patients en meurent.

D'autre part, la prise en charge de l'IC se révèle extrêmement coûteuse. En effet, son coût est estimé entre 1 et 2% du budget global de santé dans les pays industrialisés, en France il s'élève à environ 1 milliard d'€ par an.

Une étude épidémiologique de l'IC avancée en Lorraine (EPICAL) a montré que le coût annuel par patient atteint 19 000 € et que ce coût peut être imputé à hauteur de 92% sur les budgets hospitaliers. Cette même étude démontre par ailleurs les principaux facteurs de surcoût de cette prise en charge, notamment l'isolement social.

En outre, malgré l'existence de protocoles bien définis, le profil patient souvent âgé et polypathologique rend complexe la prise en charge de l'IC. En effet, une même ordonnance peut comporter plus de 10 spécialités différentes. Or, la faible coordination entre les différents prescripteurs génère des discordances entre les prises en charge effectuées.

Un renforcement de la coopération des différents acteurs au moyen d'un réseau de santé pourrait permettre une nette amélioration de la prise en charge de l'IC.

En la matière, des expériences européennes et nord américaines basées sur une prise en charge multidisciplinaire (PCM) ont fait la preuve de leur efficacité. A ce titre, la loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique s'inscrit dans cette orientation.

Dans le domaine de l'IC, l'objectif est donc de diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës ; l'indicateur étant la fréquence des ré-hospitalisations.

¹ ZANNAD F, ALLA F. Epidémiologie de l'insuffisance cardiaque chronique en France. *Cœur et santé*, 2002.

Comment transposer ces expériences dans le contexte français en tenant compte des contraintes institutionnelles, sociales, professionnelles, financières et réglementaires ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous allons tout d'abord procéder à l'analyse des expériences étrangères (1) avant d'étudier le cadre et les perspectives de constitution d'un réseau de soins, à la lumière des entretiens que les professionnels du secteur nous ont accordés (2). Cela nous permettra de proposer un projet de constitution d'un réseau régional de santé destiné à la prise en charge des patients atteints d'IC (4) en prenant en considération les modalités d'exercice de la profession infirmière et le projet de transfert de compétences (3).

1 LES RESEAUX, L'ETAT DE L'ART

On peut considérer que les réseaux sont nés il y a plus de 40 ans aux Etats-Unis avec les "managed care" (1.1). Le réseau permet à plusieurs professionnels de santé de coopérer à une meilleure prise en charge du patient ayant un problème d'ordre médical ou médico-social (1.2), et peut conduire à un transfert de compétences (1.3). Depuis, ce type d'organisation a essaimé en Europe, que ce soit en Angleterre, où les médecins généralistes (GP) ont été amenés à conclure des conventions avec les hôpitaux de leur région, ou aux Pays-Bas où la dernière réforme était fondée sur l'organisation de réseaux, de filières, et de leur mise en concurrence mutuelle.

En France, les réseaux sont venus traiter un cloisonnement ville/hôpital, l'isolement des malades, la rupture de la chaîne des soins, bref une organisation devenue trop rigide.

1.1 L'exemple américain des "managed care"²

Avant d'évoquer les réseaux (MCO, Managed Care Organizations) dans le système de santé américain, il faut bien garder à l'esprit que c'est un système concurrentiel d'assurances avec une très grande liberté contractuelle. Les "réseaux de soins intégrés" sont capables de fournir tous les soins nécessaires à un patient dans les institutions adéquates.

Au centre de ce mécanisme il y a le contrat qui peut être passé entre tous les acteurs : les professionnels de la santé, les assureurs et les individus ou leurs entreprises.

Les MCO existent sous trois formes : le HMO (qui est la forme la mieux connue en France), le réseau intégré centré autour d'un groupement de médecins, enfin le réseau intégré centré autour d'ensembles hospitaliers. La structure de ces trois systèmes n'est pas très différente mais la typologie repose sur le fait que différents acteurs sont au centre du système : l'assureur, les médecins ou les hôpitaux.

Les usagers d'un HMO paient une prime, en échange de quoi le HMO fournit des soins et les professionnels médicaux sont rémunérés par le HMO. Il est dès lors facile (théoriquement) d'élaborer un système d'incitations cohérent s'appliquant à tous les producteurs de soins, d'en contrôler le recours et donc les coûts.

Ces dernières années les structures de "managed care" ont bouleversé le paysage sanitaire américain : en 1988, 30% des salariés d'entreprises étaient adhérents d'une MCO, aujourd'hui ils représentent plus de 70% des salariés.

² La Documentation Française : Partenariats, coordination, réseaux et filières dans le système de santé

Les primes d'assurance sont inférieures de 10 à 40% dans un HMO à une assurance traditionnelle. Ceci dit, selon des chiffres récents, 40 millions d'américains restent dépourvus de toute assurance maladie.

1.2 Les enseignements du réseau « à l'américaine »

Les principaux mécanismes que la mise en réseau pourra chercher à faire jouer sont :

1.2.1 Aspects financiers

Au niveau de la structure, les économies d'échelle

La mise en réseau de structures de production à une échelle assez vaste permet de rationaliser et d'optimiser leur utilisation, afin de limiter les coûts.

Au niveau des producteurs de soins : un meilleur contrôle des pratiques

Pour les praticiens, adhérer à un réseau implique aussi une évaluation régulière des pratiques. Et c'est au sein des réseaux que sont mis en place (sur le mode expérimental) des mécanismes financiers d'incitation à la qualité³.

Le comportement des usagers :

Il s'agit de limiter les points d'entrée dans le système et de baliser de façon précise leur parcours dans le système de soins, pour supprimer autant que faire se peut, les redondances. L'introduction de mécanismes d'incitation financière permet un meilleur contrôle : par exemple, le patient qui n'est remboursé par l'assurance que lorsqu'il s'adresse à une personne du réseau quand il a un problème de santé, a intérêt à le faire. Par ailleurs, s'il a confiance dans la qualité du réseau, il trouve un intérêt à y participer car il sait que les producteurs qui sont "surveillés" lui fournissent les soins dont il a besoin.

L'introduction de la concurrence, à partir du moment où le réseau comporte un élément financier devient donc un mécanisme central qui assure, en théorie, un meilleur rapport coût / efficacité / qualité. Ceci est d'ailleurs vrai quand la concurrence est introduite entre réseaux ; aux Etats-Unis les personnes (ou les employeurs) s'adressent à tel ou tel HMO parce qu'il offre un meilleur rapport qualité / prix que ses concurrents.

Mais les vertus de la mise en réseau ne doivent pas masquer certains problèmes :

Tout d'abord l'organisation du réseau et l'instauration de procédures de contrôle entraînent des coûts administratifs et de gestion qui viennent limiter les gains espérés.

Mais surtout, la concurrence, en particulier en matière d'assurance, pose inévitablement des problèmes d'équité.

³ Rosenthal MB, Fernandopulle R, Hyunsook RS, Landon B, Paying for quality : Providers' Incentives For Quality Improvement, Health Affairs, 2004, 23-2 : 127-41

1.2.2 Aspects médicaux

L'efficacité des réseaux d'un point de vue médical a pu être établie grâce à de nombreuses études. Les réseaux de prise en charge de l'IC ont réduit à la fois la morbidité mais aussi le nombre et la durée des hospitalisations. Or, éviter des hospitalisations reste un enjeu majeur d'économie pour les caisses d'assurance maladie, et un facteur de satisfaction pour les patients et leurs familles.

La PCM de l'IC, appelée "heart failure management program", s'est développée au milieu des années 90. Il y a sans doute autant d'organisations différentes de la PCM qu'il y a de réseaux.

1.3 La délégation organisée de compétence au sein des réseaux : la situation internationale^{4,5}

Faire travailler ensemble au sein d'un réseau différentes professions de santé selon des protocoles de soins contraignants reste difficile. Afin de prévenir des conflits sur les zones frontières de compétences entre professions, il pourrait être envisagé de prendre exemple sur des expériences étrangères de délégation organisée de compétences. Concernant la prise en charge de l'IC, les réseaux étrangers montrent le rôle primordial tenu par des infirmières spécifiquement formées, et nous fournira une grille de lecture pour analyser le dispositif réglementaire mis en place en France.

Les expériences étrangères permettent de tester l'efficacité de la délégation de certaines tâches traditionnellement réalisées par des médecins généralistes aux infirmières. Ces expériences s'insèrent dans des contextes spécifiques.

Les infirmières à compétence étendue ont reçu une formation complémentaire théorique et/ou pratique en suivant une infirmière qualifiée ou un médecin généraliste. Leurs domaines d'intervention sont variés :

- **la promotion de la santé** couvre la réalisation de bilans de santé, l'éducation du patient, le dépistage...
- **le suivi de pathologies chroniques stabilisées** est permis grâce à la création de consultations infirmières dédiées à une pathologie (asthme, diabète, problèmes cardio-vasculaires...), aux Etats-Unis et au Royaume-Uni les infirmières peuvent même prescrire des médicaments inscrits sur une liste restreinte.

⁴ Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J, Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières, IRDES, Mars 2006

⁵ Berland Y, Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, Octobre 2003

- lors **des consultations de première ligne**, l'infirmière fait un bilan initial avant de prendre en charge le patient.

Les études ont montré que les interventions élargies des infirmières n'ont pas eu d'effet négatif sur la santé des patients^{6,7}. Une approche plus organisée du traitement et du suivi est bénéfique pour le patient et l'infirmière peut y jouer un rôle actif et efficace. C'est le protocole de soins du réseau qui organise la répartition des tâches entre médecins et infirmières.

Le transfert d'une partie de la charge de travail des médecins généralistes aux infirmières permet d'offrir des soins à moindre coût (du fait des salaires moins élevés), à la condition que les infirmières soient productives dans l'exercice des compétences déléguées. Selon des chercheurs canadiens⁸, le temps nécessaire à une infirmière pour réaliser la tâche déléguée est 1,25 à 2 fois plus long que celui nécessaire au médecin. Les études montrent que la délégation offre des perspectives d'économies uniquement dans certaines hypothèses de salaires et de taux de délégation.

Dès lors, il apparaît que les "managed care" ont fait la preuve de leur efficacité tant au niveau de leurs impacts sur le coût des prises en charge avec des économies à la clé que sur l'amélioration de la qualité des soins. En France, une évolution similaire se produit avec une globalisation des prises en charge dans le cadre des réseaux de santé qui ont succédé aux réseaux de soins (2).

⁶ Mundiger MO *et al.* JAMA 2000 montre, par exemple, que la prise en charge après une première admission aux urgences des patients, notamment diabétiques ou asthmatiques, par des infirmières était aussi efficace qu'une prise en charge médicale.

⁷ Gonseth J, Guallart-Castillon P, José R, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F, Euro Health J (2004) 25, 1570-1595

⁸ Denton F, Gafni A, Spencer B *et al.* Potential Savings from the adoption of nurse practitioner technology in the canadian health care system, Socio-Econ Plan Sci 1983 ; 17 ; 4 : 199-209

2 Des réseaux de soins aux réseaux de santé

L'apparition des réseaux de soins a été une réponse pragmatique apportée à des situations sanitaires spécifiques (2.1). Ce n'est que dans un deuxième temps qu'un cadre juridique a validé les expérimentations pour évoluer jusqu'aux réseaux de santé (2.2), dont les modes de financement sont variés (2.3).

2.1 Le fruit d'une histoire

En France, le développement des réseaux de soins s'est appuyé sur l'apparition de groupes de populations particulièrement en difficulté, pour lesquels le système de prise en charge existant était inadéquat. Le vieillissement de la population et les nouveaux problèmes de santé publique se sont en effet heurtés à la stricte séparation des responsabilités entre le sanitaire et le social d'une part et au cloisonnement existant entre prise en charge en ville et prise en charge à l'hôpital d'autre part.

Des expériences de coordination entre structures et professionnels de santé ont vu le jour dès le début du XXe siècle concernant la prise en charge des tuberculeux. En 1972, la réforme de la psychiatrie et l'instauration d'équipes psychiatriques de secteur visaient le même objectif. Les premiers réseaux gérontologiques visant l'accompagnement et le maintien à domicile des personnes âgées constituent d'autres exemples du fonctionnement en réseau dans le secteur de la santé.

D'autres types de réseaux sont apparus vers le milieu des années 80 à l'initiative de médecins libéraux ou exerçant en institution, d'infirmiers et de pharmaciens ne pouvant plus faire face, dans les cadres traditionnels, aux pathologies telles que le sida et la toxicomanie aggravées par la précarité économique. Les professionnels de terrain confrontés à de nouveaux besoins ont expérimenté et généralisé des pratiques coordonnées et coopératives, pour concourir au mieux-être des personnes.

Différentes circulaires ont préconisé la coopération des professionnels comme la circulaire SOUBIE qui a introduit la notion d'expérimentation des réseaux. Toutefois, le bilan des différentes initiatives au milieu des années 90 souligne la faiblesse du dispositif par manque de cadre réglementaire et de moyens.

2.2 Un cadre juridique récent

En 1996, les ordonnances du gouvernement Juppé⁹ donnent un cadre juridique à la pratique. La première¹⁰ vise à encourager les établissements de soins à passer des

⁹ Ces ordonnances organisaient un encadrement légal qui reste néanmoins expérimental.

¹⁰ Ordonnance du 24 avril 1996 n°96-346 (inscrite dans le code de la santé publique).

conventions pour développer des projets communs, la deuxième¹¹, à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (ainsi les praticiens libéraux avaient la possibilité de s'organiser entre eux ou en partenariat avec les hôpitaux).

Les expérimentations menées à la suite des ordonnances Juppé ont très vite posé la question de leur financement. En effet, l'assurance maladie et les hôpitaux ne pouvaient à eux seuls prendre en charge le coût induit par ces réseaux. Dans un premier temps, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 1999 a prévu une allocation de ressources pour les réseaux par l'intermédiaire du fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) dont la répartition incombait aux seules URCAM. De plus, la LFSS a instauré, pour les médecins, des « modes de rémunération autre que le paiement à l'acte des activités [...] de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'étude de santé publique, de veille sanitaire... »¹².

Une nouvelle ère dans la prise en charge des pathologies est initiée avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « du réseau de soins aux réseaux de santé ». Cette loi définit les réseaux¹³ : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité, ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologie ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation de la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluations afin de garantir la qualité de leurs services prestations. »¹⁴

2.3 Un financement complexe

La LFSS de 2002, crée une dotation nationale au développement des réseaux (DNDR) qui s'inscrit dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et qui s'impute à la fois sur les dépenses hospitalières, celles d'action sociale et de soins de

¹¹ Ordonnance du 24 avril 1996 n°96-345 (inscrite dans le code de sécurité sociale).

¹² CHABOT JM, *organisation des systèmes de soins : filières et réseaux*, La revue du praticien, 2005, n°55, p662.

¹³ L'ANAES en 1999, quant à elle, proposait cette définition : « un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants ». On remarquera que la définition inscrite dans le CSP depuis 2002 est plus complète.

¹⁴ Cette définition est insérée dans l'article L6321-1 du code de la santé publique.

ville. Elles s'élevaient pour l'année 2006 à 176 millions d'€¹⁵. Deux décrets¹⁶ complètent ce dispositif en précisant les modalités de décision en matière de financement des réseaux. Ces derniers sont financés au titre de la DNDR par décision conjointe des directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

Pour cela, les demandes de financement sont adressées par le ou les promoteurs du réseau au Directeur de l'ARH et au Directeur de l'URCAM de la circonscription géographique où le réseau a son siège. Ceux-ci concluent une convention définissant les conditions de l'instruction conjointe des demandes. Les critères devant être pris en considération sont précisés dans le décret.

La décision conjointe autorise le réseau à bénéficier de la prise en charge, par l'Assurance Maladie, de toute ou partie du réseau, sous la forme d'un règlement forfaitaire, dans la limite du montant de la déclinaison régionale de la dotation nationale, et après prise en compte des dépenses engagées au titre des décisions précédentes affectant cette enveloppe. Les frais couverts par l'Assurance Maladie ne s'imputent pas sur la DRDR.

La durée de l'application de la décision de financement est précisée dans la décision et ne peut excéder trois ans. Une éventuelle prorogation s'effectue dans les mêmes formes que la décision initiale et au vu de l'évaluation du réseau.

Chacun des réseaux qui bénéficient d'une décision de financement fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Dans ce cadre, le ou les promoteurs s'engagent à fournir un rapport d'activité relatif à l'année précédente ainsi qu'un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau.

La décision de financement peut être retirée par décision conjointe des Directeurs de l'ARH et de l'URCAM en cas de violation des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles ou de non respect des engagements souscrits par le ou les promoteurs. Dans l'hypothèse où la demande de financement émane d'un réseau dont le champ d'application excède la région, la décision de financement est prise par les Directeurs des ARH et des URCAM de la circonscription où le réseau a son siège, après consultation des directeurs des ARH et des URCAM concernés.

Si un désaccord apparaît entre eux, la décision de financement ne s'applique pas aux assurés sociaux ressortissant de la caisse d'Assurance Maladie de la région concernée. Les dépenses d'un tel réseau s'imputent sur chacune des DRDR au prorata du nombre

¹⁵ En 2002, ces mêmes dépenses s'élevaient à 23 millions, 46 millions en 2003 et 125 millions en 2005. On remarque une nette progression de ces dépenses et donc l'importance qu'elle prenne depuis leur création.

¹⁶ Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 et Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 (voir annexe II)

des bénéficiaires relevant des organismes d'Assurance Maladie de chaque région concernée.

Au sein de la région Bretagne, 39 réseaux sont financés, l'enveloppe budgétaire augmente d'environ 24% par an permettant ainsi la création annuelle de 12 réseaux supplémentaires.¹⁷

2.4 Une indispensable évaluation

Le décret du 17 décembre 2002 vient préciser les critères de qualités, d'organisation, de fonctionnement et dévaluation des réseaux. En effet, le développement d'un réseau nécessite d'être attentif à quelques notions clés.

Un protocole de soins doit être défini. Il correspond à la problématique d'une organisation optimale de la prise en charge des malades visés par le réseau, qui doit résulter des référentiels de "bonne pratique clinique" existants sur le sujet considéré.

Ensuite, une évaluation est conduite sur trois dimensions : tout d'abord, il s'agit d'apprécier la qualité des soins prodigués aux malades (critères objectifs relatifs à leur état de santé et critères subjectifs relatifs à leur ressenti), puis le fonctionnement du réseau (en termes d'utilité et de pertinence des modalités mises en œuvre) et ensuite son coût de fonctionnement (valorisation des prestations délivrées).

Enfin, une attention particulière doit être portée sur l'échange d'information car elle permet au réseau de collecter, traiter et analyser de nombreuses données qui traduisent l'activité de celui-ci. Il s'appuie sur les dossiers informatisés ou sur un dossier patient partagé.

Dans le cadre de la démarche d'évaluation des réseaux, l'URCAM de Bretagne a mis en place une procédure d'accompagnement sur site : des référents de l'URCAM ainsi qu'un médecin conseil aident les promoteurs à réaliser leur auto-évaluation par le biais d'une grille¹⁸. Les usagers du réseau quant à eux répondent à une enquête de satisfaction destinée à compléter la grille d'évaluation¹⁹. Elle a été élaborée par 3 réseaux : Onc'Oriant, Kalon'IC et CODIAB. Une cellule d'évaluation, qui associe un référent de l'évaluation, un référent du financement et un médecin conseil pour avis technique, rend un pré-avis soumis à la Mission Régionale Santé (MRS)²⁰ dont la décision est transmise au promoteur du réseau.

¹⁷ Renseignements recueillis auprès du chargé de mission financement URCAM région Bretagne

¹⁸ Grille d'auto-évaluation élaborée en partenariat entre le bureau d'études ICONE et M.SCHWEYER FX, Enseignant-chercheur à l'ENSP (voir Annexe)

¹⁹ Enquête de satisfaction (voir Annexe)

²⁰ La MRS comprend les directeurs de l'ARH et de l'URCAM

Dans le cas où l'évaluation est négative, le financement est accordé sur une période plus restreinte et le réseau est soumis à un audit.

2.5 Quelques déclinaisons régionales

En 2004, 374 réseaux de santé, inégalement répartis sur le territoire²¹, sont financés²². Parmi eux, 61 prennent en charge la toxicomanie et les addictions, 26 concernent le champ de la gérontologie et 34 le domaine des soins palliatifs. On peut citer à titre d'exemple le réseau ONCOMIP (oncologie) de TOULOUSE ou le réseau Diabète 35 basé en Ile et Vilaine.

En ce qui concerne la cardiologie, un collège des réseaux²³ s'est mis en place suite à la proposition n°5 du "Livre Blanc sur l'avenir de la cardiologie libérale" publié en 2000. Le 21 octobre 2005, ce collège a réuni les réseaux à visée cardio-vasculaire répartis sur le territoire français. Parmi eux nous pouvons citer : RESPECTICOEUR (Nantes), ICARLIM (Limoges), CARDIO SAINTONGE (Saintes), RESICARD (Paris), KALONIC (Lorient), RESI 38 (La Tronche), CARDIORANCE (Saint-Malo) et APET CARDIOMIP (Toulouse). Six d'entre eux traitent plus spécifiquement de l'IC. Il faut noter que le réseau RESPECTICOEUR, basé sur la région nantaise, a fait l'objet du seul essai randomisé réalisé en France²⁴.

Les réseaux constituent ainsi un mode d'organisation privilégié de notre système de soin. Ils s'organisent autour de plusieurs professionnels de santé qui coopèrent à une meilleure prise en charge des patients ayant un même problème d'ordre médical ou médico-social. Bien qu'un cadre réglementaire soit venu légitimer les réseaux, des difficultés perdurent notamment sur la question de la rémunération des professionnels libéraux et de l'articulation des différents intervenants. En effet, faire travailler ensemble différentes professions de santé a révélé des difficultés autour des profils de compétences et d'activité. Il s'agira de résoudre le problème de partage des tâches dans le cadre d'une coopération multiprofessionnelle (3).

²¹ Carte de répartition régionale des réseaux financés par la DNDR (source DHOS/CNAMTS)

²² Observatoire National des Réseaux de Santé (ONRS) www.onrs.net

²³ www.ufcv.org/reseaux/Col_reseaux0601.pdf

²⁴ Trochu JN, et al. Economic consequences of a multidisciplinary intervention in heart failure patients in French medical practice. Results of a multicenter randomised trial. *Eur J Heart Fail* 2003; 2 (Suppl 1):5

3 PROFESSION INFIRMIERE ET TRANSFERT DE COMPETENCES

La crise que traverse actuellement le monde médical et particulièrement le monde hospitalier oblige à repenser la répartition des tâches entre les différents professionnels de santé. En effet les problèmes liés à la démographie médicale et les nouvelles règles relatives au temps de travail médical ont considérablement accru les problèmes d'organisation médicale. Dans ce contexte, le ministre de la santé (M.Mattei) a sollicité le professeur Yvon Berland pour élaborer un rapport centré sur cette problématique. Le rapport Berland intitulé : "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences" a ainsi été remis en octobre 2003.

La lettre de la loi stipule que « depuis 1802, en France, seuls les médecins ont le droit de pratiquer des actes médicaux ». Au plan juridique, la responsabilité d'un professionnel de santé ne peut se déléguer : chaque professionnel de santé médical ou paramédical est lui-même responsable de ses actes. Accomplir un nouvel acte autrefois réservé à un autre professionnel doit donc se faire avec transfert de responsabilité. Le rapport Berland préconise la délégation de certains actes médicaux vers le personnel infirmier. Toutefois, avant de modifier la réglementation en vigueur et afin d'étudier la faisabilité d'un tel dispositif, il s'agissait de tester de nouvelles répartitions de tâches.

Avant de détailler les expérimentations en cours et les effets engendrés (3.2), il convient de s'attacher au cadre juridique actuel de la profession infirmière (3.1).

3.1 Une profession réglementée

3.1.1 Les actes professionnels

Le livre III, titre I^{er} du code de la santé publique dans ses articles du L4311-1 et suivants et R4311-1 et suivants régit la profession infirmière. L'article R 4311-1 précise que « l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution de recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actes de prévention, de dépistage de formation et d'éducation à la santé ». L'infirmière²⁵ exerce son activité à deux niveaux : au titre de son rôle prescrit ou de son rôle propre. Dans le premier cas, elle agit sur prescription médicale ou en application d'un protocole pré-défini. Le protocole, bien

²⁵ Infirmière : dans tout le document lire infirmière et infirmier

qu'élaboré par le médecin, se distingue de la prescription médicale en ce qu'il trouve application à une pluralité de patients.

Selon le ministère chargé de la santé, « *les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin. Ils permettent notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité.* »

Les soins relevant du rôle propre « *sont liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie* ». Dans ce cadre, l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'elle juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R 4311-5 et R 4311- 6²⁶. « *L'infirmière identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue* ».

3.1.2 La nomenclature des actes

En ce qui concerne le secteur libéral, l'exercice de la profession infirmière ne peut s'effectuer que sur prescription médicale au regard du remboursement des actes par l'assurance maladie. A titre d'exemple, les séances hebdomadaires de surveillance clinique infirmière sont subordonnées à l'élaboration d'une démarche de soins préalablement prescrite. De multiples arrêtés fixent la nomenclature des actes infirmiers, le dernier datant du 18 février 2003²⁷.

3.2 Vers un transfert de compétences ?

3.2.1 Les expérimentations

L'article 131 de la loi de santé publique du 9 août 2004 prévoit « *des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé* » dans des domaines préalablement fixés par les arrêtés ministériels des 13 décembre 2004 et 30 mars 2006. En 2004, 5 expérimentations ont vu le jour et, en 2006, 10 viennent compléter le dispositif étendu à l'hôpital et à la ville. Sur les 15 expérimentations, 9 concernent le renforcement de la coopération entre professions médicale et infirmière.

Le dispositif prévoit également l'accord obligatoire du patient et une formation complémentaire des infirmiers.

²⁶ Voir annexe.

²⁷ Tous les actes professionnels réglementés ne donnent pas lieu à remboursement.

3.2.2 Conséquences de ce transfert : formation, spécialisations, émergence de nouveaux métiers et pénurie

Les premières expérimentations ont fait l'objet fin 2005 d'une évaluation interne dont les résultats n'ont pas été publiés à ce jour. Pour autant, il est d'ores et déjà démontré que les formations initiales vont devoir être adaptées pour renforcer les bases d'un partenariat entre médecins et infirmières.

La réforme des études paramédicales dans le cadre de l'harmonisation européenne qui s'inscrit dans le système Licence Master Doctorat (LMD) va induire la création de mastères de spécialisation infirmière. Cette formation initiale devra tenir compte de l'émergence de nouveaux métiers.

Dans un contexte de pénurie, on peut s'interroger sur les effets pervers d'une hyper spécialisation infirmière.

A l'image des "managed care" américains, le cadre juridique actuel de la profession infirmière autorise un transfert de compétences par le biais d'un protocole pré défini permettant ainsi une collaboration accrue entre médecin et infirmière au sein des réseaux de santé, comme le préconise la loi de santé publique de 2004.

A partir de ces constats, il est possible d'élaborer la structure d'un cahier des charges d'un réseau de PCM de l'IC (4).

4 STRUCTURATION D'UN RESEAU REGIONAL

La prévalence de l'IC dans les pays industrialisés est comprise entre 3 et 21%. Incidence et prévalence augmentent sensiblement avec l'âge avec quasi doublement par tranche d'âge de 10 ans. Les complications sont graves et grevées d'une létalité élevée. Déclarée priorité de santé publique, la prise en charge de l'IC peut s'inscrire dans une démarche de coordination : les professionnels (médecins, infirmiers, diététiciennes) s'organisant pour proposer un service complet de soins coordonnés. Au-delà des préconisations d'ordre général, chaque acteur a un intérêt à adhérer à un réseau :

- le patient voit une amélioration de sa qualité de vie et de sa prise en charge,
- l'existence du réseau permet la diminution de la DMS à l'hôpital,
- la coordination du réseau améliore les conditions d'exercice des professionnels.

L'organisation d'un réseau s'articule autour de l'éducation du patient et des aidants naturels (4.1), de la formation des professionnels de santé (4.2), du dossier médical partagé (4.3), de la coordination du réseau (4.4), des financements (4.5) et de son évaluation (4.6).

4.1 L'éducation du patient et des aidants naturels

Elle répond au besoin de transformer le malade insuffisant cardiaque en patient partenaire "premier acteur de soins". Dans la prise en charge de l'IC, étant donné l'âge moyen des patients (par exemple 72 à 74 ans dans le réseau Respecticoeur à Nantes), l'éducation s'adresse aussi aux aidants naturels. Les objectifs sont d'améliorer leurs connaissances (notamment les conseils hygiéno-diététiques²⁸) mais surtout leur "savoir-faire" et de favoriser la modification des modes de vie et des comportements.

Le réseau est un lieu privilégié d'éducation pour le patient insuffisant cardiaque. C'est une mission essentielle de tout réseau de ce type. L'information porte sur la maladie et le traitement. Plus que l'acquisition de connaissances, l'éducation a pour objet de lui apprendre à gérer sa maladie en fonction des facteurs environnementaux et socio-culturels qui lui sont propres.

²⁸ Conformément aux recommandations de la Société Française de Cardiologie : Arch Mal Cœur 2004 ; 97, n°7/8

4.1.1 Quelles acquisitions du patient et des aidants naturels ?

A) Connaissance du syndrome de l'IC :

Le patient doit connaître les facteurs de risque, les complications de la maladie ainsi que le traitement et ses effets secondaires : diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, aldactone, digitaliques, bêta-bloquants. Le patient doit veiller au respect de la posologie initiée par le médecin.

B) Les notions diététiques et notamment le régime hyposodé doivent être explicités de même que les conseils d'hygiène de vie devant intégrer l'activité physique.

C) Connaissance des signes de décompensation cardiaque

Le patient doit reconnaître les symptômes d'alerte de la décompensation cardiaque : apparition et/ou aggravation de la dyspnée, oedèmes, douleur thoracique, asthénie, troubles du rythme cardiaque. La survenue de ces signes implique qu'il sache solliciter l'assistance adéquate.

D) Connaissance des professionnels et des structures traitant leur maladie et rôle respectif de chacun d'eux

4.1.2 En pratique, quelles modalités d'éducation des patients et des aidants naturels ?

A) Individuelle

Des consultations individuelles au domicile du patient (ou en cours d'hospitalisation) seront assurées par une infirmière et/ou un médecin et/ou une diététicienne. Elles peuvent s'organiser autour de quatre thèmes : connaissance de la maladie, diététique, traitement, activité physique. L'obstacle à leur mise en œuvre reste leur financement pour les infirmières et les médecins libéraux.

B) Collective

Des cycles de 4-5 séances d'éducation collectives peuvent avoir lieu au plus près des patients (exemples de thèmes : « Vivre avec son IC », « Les signes de mon IC »).

C) Moyens complémentaires possibles

Fiches pratiques d'information reprenant les protocoles thérapeutiques et de suivi.

Information des aidants naturels dans le cadre de sessions collectives.

Pré et post-test possibles pour mesurer l'évolution des connaissances des patients.

D) Nécessité d'un suivi régulier des acquis

4.1.3 Quel engagement du patient ?

L'entrée du patient dans le réseau est un acte volontaire, dans le respect du principe de libre choix.

L'engagement du patient à suivre les cycles d'éducation figure dans la charte signée à l'entrée dans le réseau.

4.2 Formation des professionnels de santé

La formation continue des professionnels de santé permet de diffuser des recommandations de prise en charge fondées sur des preuves médicales validées²⁹ et le réseau est un lieu privilégié de formation commune aux acteurs de santé impliqués dans la prise en charge du patient insuffisant cardiaque. De plus, l'organisation de séances multiprofessionnelles donne corps au concept de réseau, permet aux acteurs de se connaître, les fédère, et favorise l'acquisition d'un langage commun. Pour cela, le réseau établit des protocoles coopératifs pluridisciplinaires réévalués périodiquement. Chaque corps professionnel doit définir et expliquer son rôle, sa place dans la prise en charge pour permettre une complémentarité et non une redondance.

4.2.1 Quelle formation à la prise en charge de l'IC ?

Le programme de formation :

A) Repose sur la mise en oeuvre de plusieurs modules de base

- Diagnostic de l'IC.
- Suivi de l'IC initié par un diagnostic éducatif individuel.
- Aspects psychosociaux comportementaux
- Facteurs de risques et complications cardio-vasculaires.
- Traitements médicamenteux.
- Prise en charge diététique.

²⁹ Recommandations de la Société Européenne de cardiologie
<http://www.escardio.org/NR/rdonlyres/8A2848B4-5DEB-41B9-9A0A-5B5A90494B64/0/CHFFullTextehi205FVFW170505.pdf>

- B) Est susceptible d'intéresser tous les intervenants médicaux et para-médicaux (médecins, infirmières, diététiciennes...)
- C) Concourt à une meilleure éducation du patient
- D) Explique la nécessité d'un travail coordonné en réseau.

4.2.2 Quelles modalités des formations ?

La grande majorité des modules est réalisée en commun pour tous les participants mais peuvent être spécifiques à certains professionnels.

- A) Les séances pluridisciplinaires
 - Elles constituent la cohérence et la culture commune de la prise en charge.
 - Elles sont primordiales, constituant le point d'ancrage du réseau.
- B) La séance spécifique axée sur le travail en réseau permet d'expliquer aux différents acteurs le fonctionnement du système.

4.2.3 Quels dispensateurs de cette formation ?

- A) Les moyens de base
 - Formation par des professionnels adhérents ayant une compétence spécifique (médicale, paramédicale, organisationnelle, pédagogique...).
 - Formation organisée par des organismes agréés (départementaux/régionaux) de formation continue ; formation dispensée ou non dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle.
- B) Les moyens complémentaires :
 - Fiches (ou équivalents) de prise en charge (protocoles thérapeutiques et de suivi) à diffuser dans les conditions les plus adaptées (distribution lors des formations, expédition directe aux adhérents, mise à disposition sur internet).

4.2.4 Quel engagement des professionnels de santé ?

Par leur adhésion au réseau, les professionnels s'engagent à participer à une session de formation initiale dont la richesse est sa pluridisciplinarité. Une participation des médecins ou d'autres professionnels de santé non adhérents est toujours possible dans le cadre des formations professionnelles concernées.

4.2.5 Quels financements ?

L'indemnisation des professionnels de santé peut se faire dans le cadre conventionnel si le thème existe dans le programme de formation d'une discipline (infirmières, médecins...), éventuellement dans le cadre du FAQSV ou de la DRDR. Cependant il faut noter que dans la pratique l'indemnisation des professionnels libéraux reste difficile à mettre en œuvre.

4.3 Dossier médical partagé

Le dossier médical de l'insuffisant cardiaque est l'outil indispensable permettant de contribuer à une communication et une coordination pluridisciplinaire de qualité entre le patient et les professionnels de santé d'une part et les professionnels entre eux d'autre part. Considéré comme un outil de réflexion et de synthèse, ce dossier médical partagé (DMP) doit permettre une bonne évaluation des soins du patient et du fonctionnement du réseau auquel ce dernier sera rattaché. Quelle que soit sa présentation, il doit être obligatoirement accessible lors de chaque consultation auprès d'un des "acteurs" de santé. Il est consultable à tout moment par le patient qui peut en demander copie, conformément à la législation.

On peut distinguer le dossier papier et le dossier informatisé.

4.3.1 Quel support du dossier médical partagé ?

A) Présentation électronique

- Elle facilite l'accès par les "acteurs" médicaux et paramédicaux, elle limite le risque d'oubli ou de perte d'un "dossier papier" par le patient, et permet l'intégration facile des différents comptes-rendus.
- Cependant, elle nécessite la sécurisation impérieuse des informations (secret médical, C.N.I.L.), ainsi que l'informatisation de tous les acteurs "gravitant" autour du patient (problème éventuel de compatibilité entre les différents systèmes informatiques utilisés par les différents intervenants).

B) Présentation papier

- Elle permet la responsabilisation du patient qui détient son dossier, en assure la gestion avec son médecin traitant et en assume la confidentialité.
- Cependant, l'intégration des d'informations est limitée (contenu non extensible) et le risque d'oubli ou perte du dossier par le patient n'est pas nul.

4.3.2 Quel contenu du dossier médical partagé ?

Il rassemble toutes les données concernant le suivi du patient insuffisant cardiaque accessibles par tout professionnel de santé concerné par sa prise en charge. Outre

l'identification du patient (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone, numéro d'identification à la Sécurité Sociale avec régime d'assurance maladie, profession), il comprend : les antécédents médico-chirurgicaux, l'historique de la maladie, les facteurs de risque, les comorbidités, les traitements de l'IC, les traitements associés, des fiches d'éducation (symptômes, diététiques, activités physiques), des fiches de surveillance médicales et paramédicales, etc.

Le dossier ne doit contenir que des données essentielles rapidement et facilement consultables, et ne se substitue pas aux moyens de communication déjà existants (compte rendu de consultation, d'hospitalisation...)

4.3.3 Qui peut l'utiliser ?

Chaque soignant doit le compléter à chaque intervention.

A) Les professionnels médicaux (médecin traitant : généraliste ou cardiologue)

Quel que soit le support retenu, comme coordonnateurs des soins de leurs patients, ils doivent veiller à la bonne utilisation du dossier et à l'envoi régulier au siège du réseau des informations prévues pour une évaluation performante. À chaque consultation, ils complètent le dossier : bilan clinique, biologique, prescriptions.

B) Les professionnels paramédicaux et socio-éducatifs

- L'infirmière complète la partie paramédicale (élaboration la démarche de soins, évaluation de la pertinence des actions éducatives, trace les paramètres de la surveillance).
- La diététicienne complète la partie diététique (surveillance poids et taille, conseils alimentaires, mise en place de régimes personnalisés)
- Le kinésithérapeute complète la partie exercice physique (bilan moteur, conseils d'activités physiques).
- Le psychologue à l'issue de groupe de parole peut y reporter des éléments susceptibles d'améliorer la prise en charge.

C) Les professionnels hospitaliers (médicaux et paramédicaux)

Ils complètent la fiche "hospitalisation" et veillent à la transmission des informations avec les professionnels en aval de l'hospitalisation.

4.3.4 Quels engagements des professionnels de santé et des patients insuffisants cardiaques ?

Par leur adhésion au réseau, les professionnels de santé s'engagent à compléter le dossier des patients. Si le dossier est confié au patient, celui-ci s'engage, en adhérant, à le présenter aux différents intervenants pour qu'ils le complètent.

4.4 Coordination du réseau

La dispersion des acteurs du réseau, la variété des tâches à réaliser et la durée de la prise en charge dans le temps peuvent conduire les réseaux de prise en charge de l'IC à constituer une cellule de coordination qui est la "tour de contrôle" du réseau. La cellule n'est pas le réseau ; elle ne se substitue pas aux instances collégiales de pilotage, mais elle dispose de missions qui lui sont spécifiques.

4.4.1 Quel rôle pour la cellule de coordination ?

A) Lieu d'information, formation, communication, gestion et animation :

- Information des patients (déroulement de la prise en charge multi-disciplinaire), des professionnels de santé (réponses spécialisées sur des questions de prise en charge...) et des institutions (financement...) ; tous disposent ainsi d'interlocuteurs bien identifiés.
- Formation : organisation des séances d'éducation/formation destinées aux insuffisant cardiaques et/ou à leurs aidants naturels, des sessions dédiées aux professionnels de santé. La formation est souvent la première activité mise en place par le réseau.
- Communication vers l'extérieur dans le but de se faire connaître.
- Animation : réunion avec les institutions, les instances du réseau...
- Gestion et comptabilité : liaison avec les partenaires extérieurs qui sont les prestataires de formation, les fournisseurs et les institutions ; mais aussi mise en forme des budgets, indemnisation des membres du bureau (assistance obligatoire d'un expert comptable et d'un commissaire aux comptes) ; collecte des adhésions des professionnels et des malades.

B) Lieu de suivi et d'évaluation du fonctionnement

- Recueil des données utiles au suivi et à l'évaluation du réseau : prestations dont a bénéficié le patient insuffisant cardiaque, données relatives à son état de santé...
- Vérification du respect de l'utilisation du système d'information retenu par le réseau (soit électronique soit support papier), mais aussi du respect des règles de confidentialité et de protection de la vie privée des patients, ainsi que des principes déontologiques régissant les rapports des professionnels entre eux.

C) Lieu de recueil des avis et des doléances

- Ecoute de l'avis des utilisateurs : malades, professionnels de santé.
- Interface entre les patients insuffisants cardiaques et les professionnels de santé.
- Collecte des observations émises et des solutions apportées.

4.4.2 Quel profil type pour une cellule de coordination ?

A) Importance de la cellule

- Fonction du nombre de patients insuffisants cardiaques inscrits.
- Fonction du stade de développement (de nombreuses tâches administratives, financières, de communication, d'organisation de formation ne doivent pas faire sous estimer les besoins en personnes ressources).

B) Composition habituelle de la cellule

- Médecin disposant d'une compétence particulière en matière de traitement de l'IC (cardiologue ou médecin généraliste) qui est le référent médical auprès des professionnels de santé et des institutions (temps partiel le plus souvent).
- Infirmière coordinatrice assurant la gestion et l'animation du réseau (temps plein le plus souvent) qui constitue l'interlocutrice de premier rang. Elle peut-être une infirmière hospitalière disposant d'une expertise en matière d'IC.
- Secrétaire le cas échéant assumant des tâches administratives et comptables.

Les chargés de mission de l'URCAM Bretagne nous précisent qu'il est nécessaire de permettre aux professionnels de santé d'être épaulés dans la gestion administrative du réseau par du personnel compétent car cette gestion est lourde et chronophage, ce qui pourrait porter préjudice aux missions qui leur incombent dans le cadre du réseau.

4.5 Financements et rémunérations

4.5.1 Quels statuts ?

A) Quel statut pour le réseau ?

Le réseau peut s'organiser sous différentes formes juridiques : Association loi 1901 (c'est la forme juridique de 80% des réseaux), Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), Groupement d'Intérêt Public (GIP).

B) Quel statut pour les professionnels du réseau ?

En fonction de la volonté des acteurs, les professionnels du réseau peuvent être salariés du réseau, ou non. Si le réseau n'est pas employeur :

- les professionnels libéraux seront indemnisés :
 - soit à l'acte (que ce soit directement par le réseau sur la base d'un AMI4 comme dans RESPECTI COEUR, ou par la Sécurité Sociale sur la base d'une convention spécifique comme dans l'exemple du réseau ONCOPAL),
 - soit sous forme de vacation,
- les professionnels salariés sont mis à disposition du réseau par leur employeur.

4.5.2 Quels financements ?

Les tableaux ci-dessous récapitulent les différents modes de financement en matière de formation, d'éducation et de coordination.

Source	Objet
Dotation de Développement des Réseaux (DDR)	Éducation du patient <ul style="list-style-type: none"> - forfait pour la formation des groupes de malades (séances collectives d'éducation et de suivi) - forfait pour l'indemnisation des séances individuelles - groupes de parole - rémunération des salariés du réseau intervenant dans la formation des patients
	Formation des professionnels <ul style="list-style-type: none"> - indemnisation des participants - indemnisation des intervenants - frais d'organisation
	Dossier médical partagé (papier - électronique)
	Moyens humains pour coordonner <ul style="list-style-type: none"> - médecin, infirmière, secrétaire - forfait d'accompagnement par patient pour les professionnels libéraux
	Frais de fonctionnement <ul style="list-style-type: none"> - loyers, charges relatives aux locaux - fournitures - mobilier et matériel informatique - matériel audiovisuel, pédagogique
	Travaux d'évaluation <ul style="list-style-type: none"> - prestataire spécialisé

Source	Objet
Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)	Étude préliminaire (à la mise à place du réseau) Aide au démarrage
Fonds pour les actions de formation professionnelle conventionnelle	Formation des médecins, infirmières pour les thèmes retenus dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle
Fonds d'Action Sanitaire et Sociale (FASS) des caisses d'assurance maladie	Accessoires individuels médicaux <ul style="list-style-type: none"> - non pris en charge au titre des prestations légales - soumis aux conditions de ressources des malades
Autres financements (Conseil Général...)	Aide au financement du Volet social

4.6 Evaluation du réseau

Evaluer un réseau de santé c'est :

- Nécessaire : pour apprécier les activités réalisées, pour justifier l'investissement consenti, pour juger de la pertinence du réseau et estimer la plus-value qu'il apporte.
- Obligatoire : la décision de financement prendra notamment en considération les "critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation". Le financement pourra être renouvelé au vu de l'évaluation.

4.6.1 Que disent les textes ?

Les textes relatifs aux réseaux de santé prévoient que « chaque réseau bénéficiant d'une décision de financement fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation. A cet effet, le promoteur transmet aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie concernées :

- Au plus tard le 31 mars de chaque année un rapport d'activités relatif à l'année précédente qui précise les résultats des objectifs initiaux.
- Au plus tard 3 mois avant le terme de la décision de financement prévu (3 ans maximum) un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau. »

4.6.2 En pratique

Evaluer suppose de :

- Déterminer des objectifs, des résultats escomptés et des indicateurs (de moyens, de résultats)
- Mettre en place un dispositif de suivi des objectifs
- Définir des modalités d'évaluation

On pourra distinguer le "suivi" de "l'évaluation". Le suivi, dont le bilan est le rapport d'activités, consiste à regarder régulièrement les avancées et réalisations par rapport aux objectifs. L'évaluation est une démarche validée, plus poussée et plus qualitative, qui est utile après une période de fonctionnement suffisante et dont le bilan sera réalisé quelques mois avant l'échéance de la nouvelle demande de financement (rapport d'évaluation).

4.6.3 Qui peut évaluer ?

Le suivi pourra être réalisé au sein même du réseau par l'équipe chargée de la coordination. Le rapport d'activités sera présenté aux instances supervisant le fonctionnement du réseau (instances internes au réseau et financeurs). L'évaluation est une démarche plus complète qui nécessite un oeil extérieur. Elle devra être soit conduite soit accompagnée par un organisme spécialisé dans ce domaine.

4.6.4 Quand et comment évaluer ?

Le suivi consiste à mettre en place un tableau de bord, de manière à suivre la réalisation des objectifs initiaux (pilotage quotidien du réseau). Le rapport d'activités annuel comportera les résultats obtenus ainsi qu'un bilan financier (Cf. Annexe n°1). L'évaluation portera sur :

- Le niveau d'atteinte des objectifs
- L'organisation et le fonctionnement du réseau : bilan des activités réalisées, indicateurs du fonctionnement
- L'utilisation des financements et les coûts afférents au réseau (notamment le coût de la prise en charge d'un patient dans le cadre du réseau)
- La participation et la satisfaction des usagers du réseau (professionnels et patients)
- L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles : diffusion et application de protocoles...
- La qualité de la prise en charge des patients (processus et résultats médicaux)
- L'impact du réseau sur son environnement

Les modalités de cette évaluation seront à définir par le promoteur du réseau en collaboration avec les organismes financeurs, à l'aide du manuel développé par la Haute Autorité de Santé. Elle sera conduite tous les trois ans ou avant le terme du financement.

Conclusion

Il apparaît qu'un renforcement de la coopération des différents acteurs au moyen d'un réseau de santé améliore la prise en charge de l'IC.

Les réseaux de soins, nés il y a plus de 40 ans aux Etats-Unis avec les "managed care", ont été transposés en France comme réponse pragmatique à des situations sanitaires spécifiques. En outre, les réseaux favorisent un décloisonnement ville/hôpital en améliorant la continuité des soins.

Ils sont devenus un mode d'organisation privilégié de notre système de soins, bien que des difficultés perdurent notamment sur le mode de rémunération des professionnels libéraux, sur l'articulation des différents intervenants et sur le problème du transfert de compétences entre médecins et infirmières.

A partir de ces constats, nous avons élaboré la structure d'un cahier des charges d'un réseau de prise en charge multidisciplinaire de l'IC, dont les points essentiels gravitent autour de l'éducation du patient, la formation des personnels, la coordination des acteurs.

Les réseaux de santé présentent de nombreux avantages (amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie des patients, continuité des soins, tentative de réponse à la pénurie des professionnels de santé). Cependant, s'ils ont permis une meilleure coordination des acteurs de santé au bénéfice du patient, la prise en charge sociale de ce dernier et l'articulation entre le sanitaire et le social restent à développer.

Bibliographie

LOIS, ORDONNANCES ET CODES

- Code de la santé publique
- Ordonnance du 24 avril 1996 n°96-346, relative à l'organisation de l'hospitalisation publique et privée
- Ordonnance du 24 avril 1996 n°96-345, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

DECRETS

- Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat)
- Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et de conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L 6321-1 du Code de la santé publique
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce Code

ARRETES

- Arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé
- Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé

CIRCULAIRES

- circulaire DHOS/03/DSS/Cnamts n°2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé, en application de l'article L 6321-1 du Code de la santé publique et des articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la sécurité sociale et des ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2006

décrets n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et de conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L 6321-1 du Code de la santé publique

PERIODIQUES, REVUES ET RAPPORTS

- BERLAND Y, Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, Octobre 2003
- BOURGUEIL Y, MAREK A, MOUSQUES J, Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières, IRDES, Mars 2006
- CHABOT JM, Organisation des systèmes de soins, filières et réseaux, La Revue du Praticien, 2005, n°55, 661-666
- DENTON F, GAFNI A, SPENCER B et al. Potential Savings from the adoption of nurse practitioner technology in the canadian health care system, Socio-Econ Plan Sci 1983 ; 17 ; 4 : 199-209
- European Society of Cardiology, Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure <http://www.escardio.org/NR/rdonlyres/8A2848B4-5DEB-41B9-9A0A-5B5A90494B64/0/CHFFullTextehi205FVFW170505.pdf>
- GONSETH J, GUALLART-CASTILLON P, JOSÉ R, BANEGAS JR, RODRIGUEZ-ARTALEJO F, Euro Health J (2004) 25, 1570-1595
- GUSTAFSSON F, MALCOM J, ARNOLD O, Heart Failure Clinics and Outpatient Management : Review of the Evidence and Call for Quality Assurance, Eur Heart J 2004, n°25, 1596-1604
- JOUTARD T, Professionnalisation et transfert de compétences, Soins cadres n°50, p.19, mai 2004
- La Documentation Française : Partenariats, coordination, réseaux et filières dans le système de santé
- MICHON D, Rapport Berland, vers de nouvelles collaborations professionnelles, Soins cadres n°50, p.31-32, mai 2004
- MIDY F, Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, Soins cadres n°50, p40-43, mai 2004
- MOREAU D, Rapport Berland ou la tradition sous des airs de modernité, Soins cadres n°50, p.36-37, mai 2004
- MORIN M, Pénurie, les limites à la suppléance infirmière, Soins cadres n°50, p.38-39, mai 2004
- MUNDIGER MO et al. JAMA 2000
- NICOLAS G, La notion de transfert de compétences, Soins cadres n°50, p.29-30, mai 2004

- ROSENTHAL MB, FERNANDOPULLE R, HYUNSOOK RS, LANDON B, Paying for quality : Providers' Incentives For Quality Improvement, Health Affairs, 2004, 23-2 : 127-41
- Société Française de Cardiologie : Arch Mal Cœur 2004 ; 97, n°7/8
- TROCHU JN, et al. Economic consequences of a multidisciplinary intervention in heart failure patients in French medical practice. Results of a multicenter randomised trial. Eur J Heart Fail 2003; 2 (Suppl 1):5
- ZANNAD F, ALLA F. Epidémiologie de l'insuffisance cardiaque chronique en France. Cœur et santé, 2002.

Liste des annexes

ANNEXE N°1 : Cadre réglementaire

- **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel du 5 mars 2002.
- **Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002** relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du Code de la santé publique. Journal Officiel du 18 décembre 2002.
- **Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002** relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du Code de la Sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : décrets en Conseil d'État). Journal Officiel du 27 octobre 2002.
- **Circulaire DHOS/03/DSS/Cnamts n°2002-610 du 19 décembre 2002** relative aux réseaux de santé, en application de l'article L. 6321-1 du Code de la santé publique et des articles L. 162-43 à L. 162-46 du Code de la Sécurité sociale et des décrets n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé. Bulletin Officiel du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées du 13 au 19 janvier 2003.
- **Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003** portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Bulletin Officiel du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées du 1er au 7 septembre 2003.

ANNEXE N°2 : Complément d'information sur le financement des réseaux (Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux)

Critères du financement d'un réseau :

Pour chaque demande de financement de réseaux, la décision conjointe des Directeurs de l'ARH et de L'URCAM prend en considération un certain nombre de critères :

- les priorités pluriannuelles de santé publique,
- l'intérêt médical, social et économique au regard de l'organisation, de la coordination, de la qualité et de la continuité des soins tenant compte de l'offre de soins existante et des orientations définies par les schémas nationaux ou régionaux d'organisation sanitaire, les schémas médico-sociaux et les actions de prévention, d'éducation pour la santé et de formation,
- les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation,
- l'organisation et le plan de financement du réseau, les conditions de prise en charge financière des prestations,
- la justification des dérogations demandées en application de l'article L162-45 CSS

Eléments de procédure et constitution du dossier de demande de financement :

- La décision conjointe est publiée et notifiée.
- Si le silence est gardé sur la demande durant quatre mois, celui-ci équivaut à une décision de rejet. Ce délai court à compter de la réception d'un dossier de demande de financement complet.
- Est complet un dossier qui comprend les pièces suivantes :
 - les conditions dans lesquelles les professionnels de santé et les établissements manifestent leur volonté de participer au réseau
 - les modalités par lesquelles les patients manifestent leur volonté d'être pris en charge en réseau
 - les modalités de suivi des dépenses du réseau

Evaluation du réseau :

Chaque réseau bénéficiant d'un financement fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Dans cette optique, le ou les promoteurs s'engagent à fournir aux directeurs de l'ARH et de l'URCAM :

- un rapport d'activité relatif à l'année précédente, à remettre au plus tard le 31 mars de chaque année : il doit comporter obligatoirement les résultats obtenus au regard des objectifs initiaux,
- un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau, au plus tard trois mois avant le terme de la décision de financement : il doit présenter, d'une part, une analyse des actions menées et de leurs apports au regard de l'offre de soins existante et, d'autre part, un état des modalités de financement global du réseau retraçant l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont le réseau a bénéficié.

Les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM concernés effectuent une synthèse régionale annuelle à partir des rapports qui leur ont été adressés. Cette synthèse comprend :

- une analyse des rapports d'activité selon les modalités fixées dans la convention. Certains éléments doivent être appréciés : la consommation de la DRDR et un récapitulatif détaillé des dérogations et des dépenses financées à ce titre,
- une analyse des évaluations des réseaux arrivant à terme.

Ces documents sont transmis au Ministre chargé de la Santé et au Ministre chargé de la sécurité sociale pour le 30 juin au plus tard. Ils sont communiqués aux caisses nationales d'Assurance Maladie et au Conseil Régional de Santé.

ANNEXE N°3 : Complément d'information sur le rôle propre infirmier (Article R4311-5 et R4311-6 du CSP)

Article R4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres

servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;

20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;

21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;

22° Prévention et soins d'escarres ;

23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;

24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;

25° Toilette périnéale ;

26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;

27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;

28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;

29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;

30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;

31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;

32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;

33° Pose de timbres tuberculiniques et lecture ;

34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;

36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;

39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;

b) Sang : glycémie, acétonémie ;

40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

41° Aide et soutien psychologique ;

42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;

2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;

3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;

4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

ANNEXE N°4 : GRILLE D'ÉVALUATION DES RESEAUX DE SOINS DE L'URCAM BRETAGNE



Mission Régionale de Santé



PREAMBULE

L'objectif de l'évaluation est de mieux comprendre le fonctionnement du réseau et son apport dans la qualité de la prise en charge pour la population ciblée.

Le travail d'évaluation sera conduit de manière à être utile aux réseaux et permettra de déterminer les conditions et les modalités de refinancement du réseau.

La grille proposée est le fil conducteur pour la rédaction d'un rapport d'évaluation. Ce rapport, sur lequel les membres du Comité Régional des Réseaux et de la Coordination des Soins rendront un avis, reprendra la numérotation proposée dans la grille.

Elle constitue le socle minimum commun de l'évaluation. L'ajout d'éléments spécifiques selon la thématique, en particulier d'indicateurs de résultats de prise en charge, sera indispensable à l'évaluation.

Sur la base de la grille, les réseaux proposeront leur propre évaluation à l'ARH et à l'URCAM, ainsi que les éléments qui permettront de juger si les objectifs du réseau ont été atteints. Les réseaux bénéficieront d'un accompagnement tout au long du processus d'évaluation. Une première rencontre permettra de présenter l'esprit et les modalités de l'évaluation et d'amorcer le travail.

Concernant le volet des résultats de la prise en charge, les questions ne sont pas définies a-priori. Elles nécessitent un travail commun aux réseaux de même thématique. Les questions seront précisées au fil de l'eau.

Sur ce volet particulier et sur celui de la satisfaction des professionnels, les réseaux qui le souhaitent pourront faire appel à un évaluateur externe, dans la limite du financement disponible.

Un modèle d'enquête auprès des usagers du réseau est joint à la grille. Elaboré par les associations Onc'Oriant, Kalon'IC et CODIAB, il pourra être repris par les réseaux intéressés après les ajustements nécessaires liés à la nature et aux objectifs du réseau évalué.

PRESENTATION GENERALE DU RESEAU

Certains des items ci-dessous seront pré-remplis par le référent de l'évaluation et feront l'objet d'une discussion lors d'une première rencontre avec le réseau.

1- NOM ET ADRESSE DU RESEAU :

2- DATE DE FINANCEMENT DU RESEAU :

3- DATE A LAQUELLE LES PREMIERES ACTIVITES DU RESEAU ONT DEMARRE

3a- Pouvez-vous décrire ces activités ?

4- DATE D'EVALUATION DU RESEAU :

5- QUELLE EST LA FORME JURIDIQUE DE LA STRUCTURE PORTEUSE DU PROJET DE RESEAU ? A-T-ELLE EVOLUE ?

6- QUEL EST L'OBJECTIF GENERAL DU RESEAU ?

7- QUELS SONT LES OBJECTIFS OPERATIONNELS DU RESEAU ?

8- PRECISER LA POPULATION ET L'AIRES GEOGRAPHIQUE CONCERNEE

8a- indiquer les critères d'inclusion et d'exclusion des patients

PREMIERE PARTIE DE L'EVALUATION

I – A propos de l'environnement du réseau

9- FAITES-VOUS UN SUIVI DE L'OFFRE DE SOINS AUTOUR DU RESEAU ?

9a- Si oui, qui le fait ?

9b- Comment le réseau identifie-t-il ses partenaires sur son territoire ?

10- LE RESEAU ENTRETIENT-IL DES RELATIONS AVEC :

- les établissements
- les autres réseaux
- les associations de patients
- les collectivités territoriales
- Cap Réseau
- l'URML

11- COMMENT PRENEZ-VOUS EN COMPTE L'EVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE COUVERT PAR LE RESEAU ?

II – A propos du fonctionnement du réseau

12- COMMENT EST ORGANISE LE PILOTAGE DU RESEAU ?

13- Y-A-T-IL UNE FONCTION DE COORDINATION AU SEIN DU RESEAU ? L'AVEZ-VOUS DEFINIE ?

13a- Quelles sont les missions des coordinateurs ?

13b- Quelle est la profession des coordinateurs ?

14- LE COORDINATEUR REND-IL COMPTE DE SON ACTIVITE ?

14a- Si oui, à qui ?

14b- à quelle fréquence ?

15- QUEL EST L'EFFECTIF SALARIE DU RESEAU ? (EN ETP ET AVEC LES QUALIFICATIONS) :

15a- Préciser le nombre d'ETP coordinateurs

15b- Préciser le nombre d'ETP prestations et leur profession

15c- Précisez le nombre d'ETP à la fois coordinateurs et prestations et leur profession

16- AVEZ-VOUS DES OUTILS POUR LE MANAGEMENT DU RESEAU ?

16a- Si oui, lesquels ?

17- LE RESEAU ORGANISE-T-IL DES REUNIONS ?

17a- Si oui, de quelle nature ?

17b- A quelle fréquence ? (nombre de réunions annuelles ...)

18- LES DECISIONS COLLECTIVES SONT-ELLES FORMALISEES ?

18a- Si oui, comment ?

19- AVEZ-VOUS DES OUTILS DE COORDINATION AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE ?
INDIQUER CES OUTILS (FORUMS, INTERNET ...)

20- AVEZ-VOUS MIS EN ŒUVRE DES SESSIONS DE FORMATION CONTINUE ?

20a- Si oui, quelle est la nature de ces formations ?

20b- Avez-vous fait appel à des organismes ?

20c- Selon quels critères selon vous les professionnels choisissent-ils leurs formations ?

21- LES DECISIONS COLLECTIVES S'APPUIENT-ELLES SUR DES DONNEES OU INDICATEURS ?

21a- Faites-vous un rapport d'activité des usagers et des professionnels ?

21b- Vous arrive-t-il de faire des suivis de l'état de santé de la population ?

22- ENVISAGEZ-VOUS DES ACTIONS NOUVELLES DANS LE FONCTIONNEMENT DU RESEAU ?

23- VOUS EST-IL ARRIVE DE PARTICIPER A DES ETUDES OU A DES RECHERCHES ? SI OUI, LESQUELLES ?

24- A VOTRE AVIS, EST-IL REALISTE D'ENVISAGER UNE EVALUATION ECONOMIQUE DE L'ACTION DU RESEAU ?

25- POUVEZ-VOUS FAIRE UNE SYNTHESE DES PRINCIPAUX FAITS CONCERNANT LE FONCTIONNEMENT DU RESEAU ?

26- LE CAS ECHEANT, QUELS COMMENTAIRES FAITES-VOUS CONCERNANT LES ECARTS OBSERVES PAR RAPPORT AUX PREVISIONS ?

III – A propos de l'intégration des usagers dans le réseau

27- COMMENT DEFINISSEZ-VOUS LA NOTION D'USAGER (SOINS PALLIATIFS : FAMILLE ; PERINATALITE : MERE ...) ?

28- AVEZ-VOUS DES MOYENS DE COMMUNICATION POUR FAIRE CONNAITRE L'EXISTENCE DU RESEAU AUPRES DES USAGERS ?

28a- Si oui, quels sont-ils ?

29- ASSOCIEZ-VOUS LES USAGERS LORS DE LEUR PRISE EN CHARGE PAR LE RESEAU ?

29a- Y-a-t-il une procédure formelle ? (par exemple, signature de la charte du réseau, entretien d'adhésion, réception d'une plaquette de présentation, contact avec la cellule de coordination ...)

30- LES CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DES USAGERS DU RESEAU ONT-ILS ETE RESPECTES ? (INDIQUER LE NOMBRE DE PATIENTS HORS CRITERES)

31- LES CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DES USAGERS DU RESEAU ONT-ILS EVOLUE DANS LE TEMPS ?

32- CONCERNANT LES ADHESION ET SORTIES DES PATIENTS, POUVEZ-VOUS PRECISER SUR LA PERIODE EVALUEE (3 ANS) EN DETAILLANT PAR ANNEE :

32a- Le nombre de patients ayant pris un contact

32b- Le nombre de patients suivant des séances d'éducation

32c- Le nombre de patients suivis de manière régulière depuis la création du réseau (file active)

32d- L'évolution du nombre d'adhésions depuis la création du réseau

32e- Le nombre de patients ayant choisi de sortir du réseau

32f- Le nombre de patients sortis du réseau de manière précoce

32g- Le nombre de patients décédés

32h- L'évolution du nombre de sorties depuis la création du réseau

33- FAITES-VOUS UNE ANALYSE SYSTEMATIQUE DES ADHESIONS ET SORTIES DU RESEAU DES USAGERS ?

33a- Si oui, cette analyse at-elle amené des modifications dans le fonctionnement du réseau ? Lesquelles ?

34- AVEZ-VOUS DES OUTILS DE COORDINATION AVEC LES USAGERS ? INDIQUER CES OUTILS (PAR EXEMPLE, DOSSIER PARTAGE, FICHE DE SUIVI DU PATIENT ...)

35- AVEZ-VOUS DES RETOURS DE LA PART DES USAGERS CONCERNANT LEUR PRISE EN CHARGE PAR LE RESEAU ?

35a- Avez-vous mesuré leur satisfaction ?

36- POUVEZ-VOUS FAIRE UNE SYNTHESE DES PRINCIPAUX FAITS CONCERNANT L'INTEGRATION DES USAGERS DANS LE RESEAU ?

37- LE CAS ECHEANT, QUELS COMMENTAIRES FAITES-VOUS CONCERNANT LES ECARTS OBSERVES PAR RAPPORT AUX PREVISIONS ?

IV – A propos de l'intégration des professionnels de santé dans le réseau

38- AVEZ-VOUS DES MOYENS DE COMMUNICATION POUR FAIRE CONNAITRE L'EXISTENCE ET LES RESULTATS DU RESEAU AUPRES DES PROFESSIONNELS ?

38a- Si oui, quels sont-ils ?

39- QUELS SONT LES MODALITES D'INCLUSION ET LES CRITERES D'EXCLUSION DES PROFESSIONNELS DU RESEAU ?

40- CES MODALITES D'INCLUSION ET CRITERES D'EXCLUSION DES PROFESSIONNELS DU RESEAU ONT-ILS EVOLUE DANS LE TEMPS ?

41- COMMENT DEFINISSEZ-VOUS VOS PROFESSIONNELS ADHERENTS ?

41a- Les adhésions sont-elles formalisées ?

41b- Combien avez-vous actuellement d'adhérents ?

42- FAITES-VOUS UN SUIVI REGULIER DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS ADHERENTS ?

42a- Quels en sont les résultats ?

42b- Ce suivi a-t-il amené des modifications dans le fonctionnement du réseau ?

43- FAITES-VOUS UN SUIVI REGULIER DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS SORTANTS ?

43a- Quels en sont les résultats ? Combien de professionnels sont-ils sortis du réseau depuis sa création (indiquer les motifs de sortie) ?

43b- Ce suivi a-t-il amené des modifications dans le fonctionnement du réseau ?

44- COMMENT LES PROFESSIONNELS DU RESEAU ASSURANT LA PRISE EN CHARGE SONT-ILS INDEMNISES ? (PRECISER LES MODALITES SELON QU'ELLES SONT DANS OU HORS NOMENCLATURE)

45- AVEZ-VOUS DES RETOURS DES MEDECINS IMPLIQUES DANS LE RESEAU ?

45a- A votre avis, sont-ils satisfaits ?

45b- Qu'est-ce que leur apporte le réseau ?

46- AVEZ-VOUS DES RETOURS DES AUXILIAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX IMPLIQUES DANS LE RESEAU ?

46a- A votre avis, sont-ils satisfaits ?

46b- Qu'est-ce que leur apporte le réseau ?

47- POUVEZ-VOUS FAIRE UNE SYNTHESE DES PRINCIPAUX FAITS CONCERNANT L'INTEGRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LE RESEAU ?

48- LE CAS ECHEANT, QUELS COMMENTAIRES FAITES-VOUS CONCERNANT LES ECARTS OBSERVES PAR RAPPORT AUX PREVISIONS ?

DEUXIEME PARTIE DE L'EVALUATION

V – A propos de la qualité de la prise en charge dans le réseau

49- AVEZ-VOUS LE MOYEN D'IDENTIFIER LE CIRCUIT DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT ?

49a- Si oui, les procédures qui définissent le parcours du patient sont-elles utilisées ?

50- LE MEDECIN TRAITANT EST-IL INFORME DE L'INCLUSION DE SES PATIENTS DANS LE RESEAU ?

50a- Si oui, est-il impliqué ?

51- QUELLES SONT LES MODALITES D'ACCES AUX DONNEES MEDICALES DES PATIENTS PAR LES PROFESSIONNELS ET PAR LES COORDINATEURS ?

51a- Quels sont les moyens d'échange prévus (par exemple, dossier médical partagé ...) ?

52- LE RESEAU UTILISE-T-IL DES REFERENTIELS DE PRISE EN CHARGE EXISTANTS ?

53- AVEZ-VOUS DES MODALITES DE REVISION DES REFERENTIELS ? (VEILLE BIBLIOGRAPHIQUE, LIEN AVEC UN EXPERT ...)

54- LE RESEAU CREE-T-IL DES REFERENTIELS PROPRES DE PRISE EN CHARGE ?

55- LE CAS ECHEANT, POUVEZ-VOUS IDENTIFIER DES DYSFONCTIONNEMENTS DANS LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS PAR LE RESEAU ?

55a- L'identification de dysfonctionnements at-elle conduit à des actions correctrices dans la prise en charge ?

56- FAITES-VOUS UN SUIVI DES RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE PAR LE RESEAU ?

56a- Si oui, de quels indicateurs disposez-vous (par exemple, taux d'hospitalisation non programmée, nombre de réunions de coordination, durée des prises en charge ...) ?

57- POUVEZ-VOUS FAIRE UNE SYNTHESE DES PRINCIPAUX FAITS CONCERNANT LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DANS LE RESEAU ?

58- LE CAS ECHEANT, QUELS COMMENTAIRES FAITES-VOUS CONCERNANT LES ECARTS OBSERVES PAR RAPPORT AUX PREVISIONS ?

VI – A propos des résultats de la prise en charge par le réseau

Les réseaux sont invités à réfléchir ensemble à un nombre limité d'indicateurs pertinents par thématique.

POUVEZ-VOUS FAIRE UNE SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX FAITS CONCERNANT LES RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DANS LE RESEAU ?

LE CAS ECHEANT, QUELS COMMENTAIRES FAITES-VOUS CONCERNANT LES ECARTS OBSERVES PAR RAPPORT AUX PREVISIONS ?

VII – A propos du financement du réseau

59- QUELLES SONT LES SOURCES DE FINANCEMENT DU RESEAU ?

60- QUELS AUTRES MOYENS MATERIELS ET/OU HUMAINS QUE CEUX FINANCES PAR LA DRDR SONT MIS A VOTRE DISPOSITION ?

61- QUELS SONT LES PRINCIPAUX POSTES DE CHARGE DU RESEAU ?

62- EXISTE-T-IL UNE COMPTABILITE ANALYTIQUE DU RESEAU ?

63- LE RESEAU AT-IL RENCONTRE DES DIFFICULTES DANS LA CONSOMMATION DES CREDITS QUI LUI ETAIENT ALLOUES SUR UNE ANNEE ?

63a- Si oui, pourquoi ?

64- Pouvez-vous faire une synthèse des principaux faits concernant le financement du réseau ?

65- Le cas échéant, quels commentaires faites-vous concernant les écarts observés par rapport aux prévisions ?

ANNEXE N°5 : EXEMPLE D'ENQUETE AUPRES DES USAGERS DU RESEAU

Cette enquête est anonyme. Merci de cocher les cases correspondantes.

Homme

Tranche d'âge :

0-20 ans

21 à 40 ans

41 à 60 ans

Femme

61 à 80 ans

81 ans

INFORMATION SUR LE RESEAU

► *Comment avez-vous connu le réseau ?*

au cours d'une hospitalisation

par le médecin

généraliste

par le médecin spécialiste

Autre (précisez) :

► *Les informations sur le réseau et son fonctionnement vous ont-elles paru satisfaisantes ?*

oui

non

ne sait pas

si non, pourquoi ?

► *Connaissez-vous les coordinateurs du réseau ?*

oui

non

ne sait pas

► *Pensez-vous que le réseau vous a apporté une aide supplémentaire dans la prise en charge de votre maladie ?*

oui

non

ne sait pas

si non, pourquoi ?

► *Les aides vous ont-elles paru satisfaisantes ?*

oui

non

ne sait pas

si non, pourquoi ?

- ▶ *Pensez-vous que les aides ont participé au maintien de votre qualité de vie ?*
 oui non ne sait pas
 si non, pourquoi ?

VOTRE CONNAISSANCE DE LA MALADIE ET DES TRAITEMENTS

- ▶ *Vous estimez-vous bien informés sur votre maladie ?*
 oui non ne sait pas
 si non, pourquoi ?

- ▶ *Vous estimez-vous bien informés sur vos traitements ?*
 oui non ne sait pas
 si non, pourquoi ?

- ▶ *Vous estimez-vous bien informés sur la façon de s'alimenter ?*
 oui non ne sait pas
 si non, pourquoi ?

- ▶ *Vos rapports avec l'ensemble de vos soignants sont-ils bons ?*
 oui non ne sait pas
 si non, pourquoi ?

- ▶ *Vous sentez-vous en sécurité dans la prise en charge de votre maladie ?*
 oui non ne sait pas
 si non, pourquoi ?

ORGANISATION

- ▶ *Utilisez-vous le cahier ou le classeur de liaison du réseau ?*
 oui non ne sait pas
 si non, pourquoi ?
- ▶ *Le classeur de liaison est-il utilisé par les soignants ?*
 oui non ne sait pas
 si non, pourquoi ?
- ▶ *Avez-vous déjà eu besoin de contacter le réseau ?*
 oui non ne sait pas
 si non, pourquoi ?
- ▶ *Les réponses et la disponibilité des professionnels du réseau vous ont-elles parues satisfaisantes ?*
 oui non ne sait pas
 si non, pourquoi ?
- ▶ *Pensez-vous que l'action de l'équipe du réseau (médecin, infirmier, diététicien, pharmacien, psychologue, kinésithérapeute, podologue, assistante sociale...) en termes d'éducation et de suivi est :*
 positive négative
Si négative, pourquoi ?
- ▶ *Votre prise en charge par le réseau a-t-elle modifié votre comportement (par rapport à l'alimentation, au tabac, etc.) ?*
 oui non ne sait pas
 si non, pourquoi ?

ANNEXE N°6 : GUIDE DES ENTRETIENS

PRESIDENTE SNIIL

- travaillez-vous dans un réseau ?
- conditions requises pour adhérer à un réseau (statut, formation complémentaire...) ?
- quelles sont les modalités d'intégration des différents acteurs ? y a-t-il des critères discriminants (public/privé) ?
- quelles formes de partenariat ? avec quels acteurs ?
- avec quels types de réseaux travaillez-vous ?
- comment en avez-vous eu connaissance ?
- quelles sont vos modalités de fonctionnement ? (relations entre les différents acteurs, prescripteurs, coordination...)
- quel est l'impact du réseau sur le libre choix des patients ?
- quels types d'actes réalisez-vous dans ce réseau ?
- sur quelle base êtes-vous rémunéré ?
- votre action au sein de ce réseau est-elle évaluée ? et par qui ?
- quel est votre ressenti sur le fonctionnement en réseau (bénéfices, perspectives de développement, freins et limites de l'exercice) ?

URML

- comment définissez-vous le réseau ?
- travaillez-vous dans un réseau ?
- conditions requises pour adhérer à un réseau (statut, formation complémentaire...)
- quelles sont les modalités d'intégration des différents acteurs ? y a-t-il des critères discriminants (public/privé)
- quelles formes de partenariat ? avec quels acteurs ?
- quelles relations entretenez-vous avec l'URCAM, l'ARH, la CNR, l'ONRS ?
- avec quels types de réseaux travaillez-vous (public/privé, hospitalier ou non) ?
- comment en avez-vous eu connaissance ?
- quelles sont vos modalités de fonctionnement ? (relations entre les différents acteurs, prescripteurs, coordination...)
- quels types d'actes réalisez-vous dans ce réseau ?
- sur quelle base êtes-vous rémunéré ?
- votre action au sein de ce réseau est-elle évaluée ? et par qui ?
- quelles sont les conditions de réussite du réseau ?

- quel est votre ressenti sur le fonctionnement en réseau (bénéfices, perspectives de développement, freins et limites de l'exercice, statut du réseau) ?
- quel est l'impact du réseau sur le libre choix des patients ?
- en terme de fonctionnement comment voyez-vous le partage d'informations entre les différents acteurs ?
- que pensez-vous des expérimentations dans le cadre du transfert des compétences ?
- comment voyez-vous l'articulation des différents médecins (généralistes et spécialistes) notamment dans le cadre de la prise en charge de l'IC ?

URCAM RENNES

EVALUATION

- comment définissez-vous le réseau ?
- quels sont vos partenaires ?
- quelles sont les priorités régionales ?
- quels sont les critères d'évaluation ?
- à quelle fréquence sont réalisées les évaluations ?
- comment sont exploités les résultats (diffusion d'informations, quels destinataires, actions d'amélioration ?...)
- quelles sont pour vous les conditions de réussite du réseau ?
- quel est votre ressenti sur le fonctionnement en réseau (bénéfices, perspectives de développement, freins et limites de l'exercice, statut du réseau) ?

FINANCEMENT

- comment définissez-vous le réseau ?
- quels sont vos partenaires ?
- quelles sont les priorités régionales ?
- comment travaillez-vous avec les promoteurs de réseaux ?
- comment sont constitués les dossiers de demandes de financement (complémentarité FAQs v / DRDR ?)?
- quels sont les bases de remboursement des actes médicaux et paramédicaux effectués dans le cadre du réseau ?
- quels constats pouvez-vous faire entre le nombre de demandes formulées et les accords de financement ?
- avez-vous connaissance des résultats d'évaluation ?
- quel est votre ressenti sur le fonctionnement en réseau (bénéfices, perspectives de développement, freins et limites de l'exercice, statut du réseau) ?
- quelles sont pour vous les conditions de réussite du réseau ?

DIRECTEUR ADJOINT EN CHARGE DES RESEAUX

- quels types de réseaux ont été mis en place ?
- quel est le statut juridique des réseaux ?
- quel est le statut juridique des personnels affectés aux réseaux ? (public, privé, mise à disposition ...)
- quelles sont les modalités de rémunération des acteurs ?
- combien de temps faut-il pour créer un réseau ?
- quel est le rôle du directeur d'établissement dans la constitution d'un réseau ?
- comment collaborez-vous avec les médecins ?
- quels sont vos liens avec les différents partenaires (financiers ou autres) ?
- qui gère les fonds alloués ?
- quels sont les bénéfices pour l'établissement (impact sur les durées de séjour, ré hospitalisations...)?
- quelles sont les modalités d'évaluation ? (qui, quoi, quand, comment ?)
- quel est votre ressenti sur le fonctionnement en réseau (bénéfices, perspectives de développement, freins et limites de l'exercice, statut du réseau) ?
- quelles sont pour vous les conditions de réussite du réseau ?

RESEAU RESPECTI CŒUR CHU NANTES

- historique du réseau ?
- comment a-t-il été financé ?
- quel est le statut des personnels ?
- quelles sont les modalités de fonctionnement ?
- qui pilote ? qui coordonne ?
- quels sont les différents acteurs du réseau ?
- comment s'articule le réseau avec la médecine de ville ?
- quels sont les résultats des évaluations effectuées ?
- quels sont les impacts de la mise en place du réseau sur :
 - o la prise en charge des patients
 - o le principe de libre choix des patients
 - o les coûts de cette prise en charge
- quel est votre ressenti sur le fonctionnement en réseau (bénéfices, perspectives de développement, freins et limites de l'exercice, statut du réseau) ?
- quelles sont pour vous les conditions de réussite du réseau ?
- existe-t-il un partage des tâches entre médecins et infirmiers ?
- si oui : quelles tâches ?
- qu'en pensez-vous ?

- comment s'articulent les différentes spécialités médicales intervenant dans la prise en charge de l'IC ?