



**EHESP**



---

**Master 2 Pilotage des Politiques et  
Actions en Santé Publique**

Promotion : **2009 - 2010**

---

**MEMOIRE**

**SPECIFICITE DE LA COORDINATION EN  
PERINATALITE  
LE RESEAU DE SANTE ACTEUR DE  
SANTE PUBLIQUE ?**

---

**Isabelle RAZOIR**

« Apprendre à travailler ensemble au plus près du suivi médical des grossesses allait peu à peu devenir une nouvelle discipline, qui à ce jour, n'a pas achevé d'élaborer ses concepts de manière consensuelle »

Françoise Molénat

---

# REMERCIEMENTS

---

Je tiens à remercier chaleureusement les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce travail et plus particulièrement Mme Hélène Robert, sage-femme cadre coordinatrice, responsable de l'encadrement du stage, et M. François-Xavier Schweyer, enseignant chercheur à l'EHESP, tuteur de ce mémoire. Ils m'ont permis d'aborder une problématique difficile avec une grande sérénité et, ce, tout au long de ces semaines de travail.

L'anonymat étant obligatoire pour un document comme celui-ci, je ne nommerai donc pas les personnalités que j'ai pu rencontrées et interviewées durant cette période de travail : je m'en excuse ici auprès d'eux. Cependant, je tiens à prendre en considération toute la disponibilité et la confiance dont ils m'ont fait part. Ils ont été très importants dans l'élaboration de la réflexion autour des réseaux de santé en périnatalité et je les remercie vivement de leur collaboration.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Cadrage de la démarche, problématisation et méthodologie .....</b>	<b>12</b>
<b><i>1.1 L'objet : le Réseau Bien Naitre en Ille et Vilaine .....</i></b>	<b>12</b>
1.1.1 Genèse, missions et acteurs professionnels.....	12
1.1.2 Quelques constats de départ .....	16
<b><i>1.2 Une problématique en termes de représentations et de sens.....</i></b>	<b>18</b>
1.2.1 Axe de problématisation.....	18
1.2.2 Méthodologie retenue.....	19
<b>2 En quoi les évolutions des cadres législatif et opérationnel ont pu modifier les enjeux liés au fonctionnement du réseau de périnatalité ? :.....</b>	<b>22</b>
<b><i>2.1 Evolutions des enjeux stratégiques et politiques imputant des changements d'axes de travail .....</i></b>	<b>23</b>
2.1.1 Contextualisation réglementaire et historique.....	23
2.1.2 Stratégie politique et fonctionnelle : le réseau, une latitude d'actions sous contrôle.....	30
<b><i>2.2 Evolutions des enjeux opérationnels restructurant les prises en charge .....</i></b>	<b>37</b>
2.2.1 Maturité logique des prises en charge par les réseaux : des résultats contrastés....	37
2.2.2 Besoins et demandes des soins évoluant .....	45
<b>3 En quoi les difficultés persistantes liées à la coordination et le comportement des acteurs ont-ils un impact sur le pilotage du réseau ? .....</b>	<b>51</b>
<b><i>3.1 Tensions entre une structuration de départ à vocation hospitalière et des attentes fortes de décloisonnement .....</i></b>	<b>51</b>
3.1.1 Identité du réseau de santé périnatal en décalage avec les standards d'organisation attendus .....	51
3.1.2 Réseau : outil de décloisonnement, exercice flexible ou contractualisé .....	57

3.2	<i>Mise en œuvre de palliatifs au jeu d'acteurs : la coopération comme un processus sans cesse à renforcer</i> .....	67
3.2.1	Coordination ambivalente : un positionnement, des outils .....	67
3.2.2	La place des usagers : le rôle de chacun.....	74
<b>4</b>	<b>Quelles perspectives possibles ?</b> .....	<b>79</b>
4.1	La redéfinition des acteurs de coordination.....	80
4.2	Un accompagnement des structures de coordination .....	82
	<b>Conclusion</b> .....	<b>85</b>
	<b>Textes législatifs et réglementaires</b> .....	<b>87</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>90</b>
	<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>
	<b>Cartographie des réseaux de santé périnataux</b> .....	<b>II</b>
	<b>Gradation des maternités</b> .....	<b>VI</b>
	<b>Plans de périnatalité</b> .....	<b>VII</b>
	<b>Dépistage des anomalies chromosomiques : nouvelles modalités de dépistage</b> .....	<b>III</b>
	<b>Usagers selon P. Lascoumes</b> .....	<b>XI</b>
	<b>Pôles de santé</b> .....	<b>X</b>
	<b>Enquête 2010 sur les RSP français</b> .....	<b>XII</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADEPAFIN : Association Départementale Pour l'Etude et la Prévention des Affections Fœtales et de leur Incidence Néonatale

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CA : Conseil d'Administration

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CH : Centre Hospitalier

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CODES : Comité Départemental d'Education pour la Santé

Copil : Comité de Pilotage

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRN : Commission Régionale de la Naissance

DESS : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DPP : Dossier Périnatal Partagé

DMP : Dossier Médical Périnatal

DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux

DOM : Département d'Outre Mer

DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux

EIPP : entretien individuel prénatal précoce

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ETP : Equivalent Temps Plein

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FFRSP : Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

GDR : Gestion Du Risque

HAS : Haute Autorité en Santé

IGAS : Inspecteur Général de l'Action Sociale

IME : Institut Médico-Educatif

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MIG : part des MIGAC. Missions d'Intérêt Générales

MRS : Mission Régionale de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPS : Programme (ou plan) Personnalisé de Santé (ou soins)

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

REBEMP : Réseau Est Bretagne d'Etude en Médecine Périnatale

RFAS : Revue Française des Affaires Sociales

RSP : Réseau de Santé en Périnatalité

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

## Introduction

Le terme « réseau » se caractérise par sa polysémie. A la fois se référant à une idée de maillage matérialisé par des procédures, par une structuration, il suggère aussi l'idée de relations sociales. C'est cet aspect « relations » qui apparaît dichotomique : de l'usage passé relatif à des personnes poursuivant un but caché, il est désormais considéré comme un concept sous-entendant une communication encouragée au service d'un but louable. En sociologie, la notion de réseaux a été mobilisée dans la théorie des réseaux sociaux ou l'analyse du changement. La législation a donné une définition du réseau de santé en 2002. Cependant, le réseau reste empreint d'une sorte d'ambivalence : il est à la fois l'outil au service de la coopération interinstitutionnelle et individuelle, mais il semble aussi reposer sur des mécanismes de communication plus informels que formels. C'est finalement bien là l'enjeu de ce travail : étudier le réseau de santé sous des regards différenciés et complémentaires. Le réseau est un outil technique (formel) dans l'élaboration de son maillages, et immatériel (informel) du fait du principe même de ses relations humaines. Quels usages en font donc les politiques ? A ce titre, le **réseau de santé en périnatalité (RSP)** est-il vraiment acteur de l'amélioration des pratiques ? Peut-on le considérer comme un acteur de Santé Publique ? Et en quoi le RSP est-il spécifique ? Pourquoi le concept « réseau de santé » est-il si pluriel ?

En effet, l'objet « réseau » est large et il est nécessaire ici de recentrer le sujet à traiter. L'objectif est d'aborder la « dimension réseau » dans le champ global de la santé<sup>1</sup>, et plus particulièrement, dans celui de la santé périnatale. La définition de l'OMS suggère un concept opératoire pour conduire les politiques publiques dans les sociétés démocratiques.

---

<sup>1</sup> La santé selon l'OMS : la santé est définie par « non seulement comme l'absence de maladie, mais comme un état de complet bien-être physique, mental et social ». « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, qu'elle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques et sa condition économique ou sociale [...]. La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats ».

Cette définition rejoint celle de *Dubos* : « la capacité de développer, de maintenir ou de restaurer un équilibre harmonieux entre l'individu et son environnement physique, social et culturel ».

*Claude Evin* donnant la définition du *système de santé* : « organisation de l'offre, des prestations de soins, à la fois dans leur fonctionnement et dans leur financement : un système complexe, mêlant service public, établissements privés et exercice libéral. Cette définition permet d'inclure tous les bénéficiaires de soins, malades ou non, par exemple les femmes enceintes, celles qui demandent une interruption volontaire de grossesse, les personnes qui font appel à la chirurgie esthétique...mais également les actions de prévention de risques. »



La formulation est ici importante parce que l'étude va porter sur l'approche des politiques de santé en matière de décloisonnement et d'articulation au service de la démocratie. Le réseau a, en effet, une forme démocratique en ce qu'il représente une organisation émergente d'action collective qui vise à impliquer plus d'acteurs et à instaurer des relations de partenariat plus structurées entre professionnels mais aussi avec les usagers. Finalement, quelle est la place de chacun ?

La montée en puissance de la coordination et des réseaux est ancienne. Les réseaux de santé bénéficient toutefois aujourd'hui d'un encadrement par des textes législatifs et / ou réglementaires. Les réseaux de santé composent une réalité hétérogène, ils sont multiples, tant dans leur histoire, dans leurs objectifs que dans leur logique. Par exemple, il est possible de distinguer en première approche :

- des réseaux interpersonnels : le carnet d'adresses
- des filières : réseaux oncologiques ou pour les maladies rares
- des réseaux territorialisés : centres locaux d'information et de coordination (CLIC), réseaux relatifs aux conduites addictives, réseaux santé précarité....
- des réseaux nationaux : réseau de veille sanitaire....
- des réseaux de type intranet, réservés à un certain type d'opérateurs : réseau santé social.

Ces différentes formes de réseaux ne s'excluent pas, peuvent être complémentaires, voire être intriqués. Les RSP, quant à eux, déclinent plusieurs de ces dimensions. Ils doivent relier les acteurs identifiés sur le territoire (carnet d'adresses), les organiser autour de la filière périnatalité, les coordonner, les initier à de nouvelles prises en charge (addictions, suivi des nouveau-nés vulnérables), tout en assurant une veille sanitaire, en utilisant des outils du système d'information efficaces et sans exclure la dimension psycho-sociale, déterminant important de la santé de cette population cible. Or, la pluralité des missions n'est-elle pas source de perte de sens si les acteurs ne gardent pas une vision claire du champ d'exercice (évolutif) et de leur fonctionnement interne<sup>2</sup> ?

Cette question est soulevée par la coordinatrice du RSP Bien Naitre en Ille et Vilaine, qui au décours de son évaluation triennale s'interroge sur l'adéquation des actions qu'elle mène avec les finalités de ses missions, les enjeux politiques et les attentes des acteurs.

Le présent document se propose donc de faire un état des lieux circonstancié du fonctionnement des RSP en 2010, en se basant sur l'hypothèse que la perception de

---

<sup>2</sup> Cette hypothèse rejoint les idées développées par M. et Mmes SCHWEYER FX, LEVASSEUR G, PAWLKOWSKA T ; 2002, *Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes*, Rennes, ENSP, 112p.

distanciation perçue entre l'exercice réalisé et le cadre organisationnel repose sur plusieurs tensions :

- Un cadre législatif, réglementaire, stratégique et opérationnel non stabilisé et déstabilisant (les deux termes sont importants), rendant le pilotage flou
- Un contexte fonctionnel difficile du fait de la mission propre de coordination c'est-à-dire l'interface obligatoire entre les acteurs qu'ils soient professionnels ou usagers, et des nombreux besoins qui en découlent.

Pour tenter de comprendre quelle réalité se dégage des RSP, je proposerai d'abord un recadrage de la problématique soulevée. Le sujet d'étude sera défini et la méthodologie explicitée.

L'analyse se fera en deux temps. Tout d'abord, le cadre législatif et opérationnel sera décrit sous son aspect historique et stratégique. Le contexte réglementaire a évolué au cours de ces vingt dernières années du fait des évaluations nationales des besoins de santé. Les indicateurs de mortalité – morbidité ont mis en évidence le besoin d'élaborer des mesures de correction (politiques de Santé Publique) alors que le contexte économique est de plus en plus défavorable. L'organisation sanitaire se redynamise pour rationaliser ses ressources et développer des démarches qualité. Ces prises de conscience font, en effet, écho du constat d'inefficacité de notre système de santé dans le champ de la coordination sanitaire. Parallèlement, le pilotage régional des RSP semble faire état d'adaptation nécessaire de l'outil réseau et de besoins locaux dont il faut tenir compte dans l'analyse.

Dans un deuxième temps, l'étude se portera sur le concept de coordination lui-même, c'est-à-dire, les acteurs et leurs outils. Le RSP est un moyen de mise en œuvre des politiques de santé, mais il possède une identité propre et des contraintes propres. Celles-ci peuvent amener des réflexions sur le fonctionnement de la coordination en périnatalité dans le cadre généraliste des réseaux de santé. L'exercice de coordination est difficile ici aussi. Les acteurs ont quant à eux des attentes et des attitudes qui peuvent être en inadéquation avec le pilotage envisagé par les tutelles. Le RSP est responsable de la mise en adéquation. Enfin, je tenterai de faire quelques préconisations destinées à l'élaboration d'outils de soutien de ces politiques de décloisonnement qui restent nécessaires en cette période de rationalisation des moyens.

## **1 Cadrage de la démarche, problématisation et méthodologie**

La périnatalité est depuis longtemps l'enjeu des politiques publiques (on peut citer la loi Boulin de 1970). Les indicateurs de santé (mortalité, morbidité, accidents évitables) ont toujours été moins satisfaisants que ceux des autres pays d'Europe ... alors que nous avons le meilleur système de santé. La périnatalité se distingue aussi par la pluralité des professionnels qui interviennent autour de la patiente (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues médicaux, gynéco-obstétriciens, infirmières, puéricultrices, pédiatres,...). C'est pour ces raisons que les pouvoirs publics et les professionnels se sont mobilisés dans les années 1990 pour réorganiser l'offre de soin en périnatalité. Il fallait réaffecter des professionnels dans des établissements prenant en charge des grossesses et des accouchements au prorata du niveau de risque évalué. La gradation des maternités se met en place suggérant un nouveau besoin : la coordination. C'est dans ce contexte qu'est né le RSP Bien Naitre en Ille et Vilaine. Nous allons retracer rapidement son historique et amener la problématique que l'équipe a soulevée, après quinze ans d'expérience.

### ***1.1 L'objet : le Réseau Bien Naitre en Ille et Vilaine***

#### **1.1.1 Genèse, missions et acteurs professionnels**

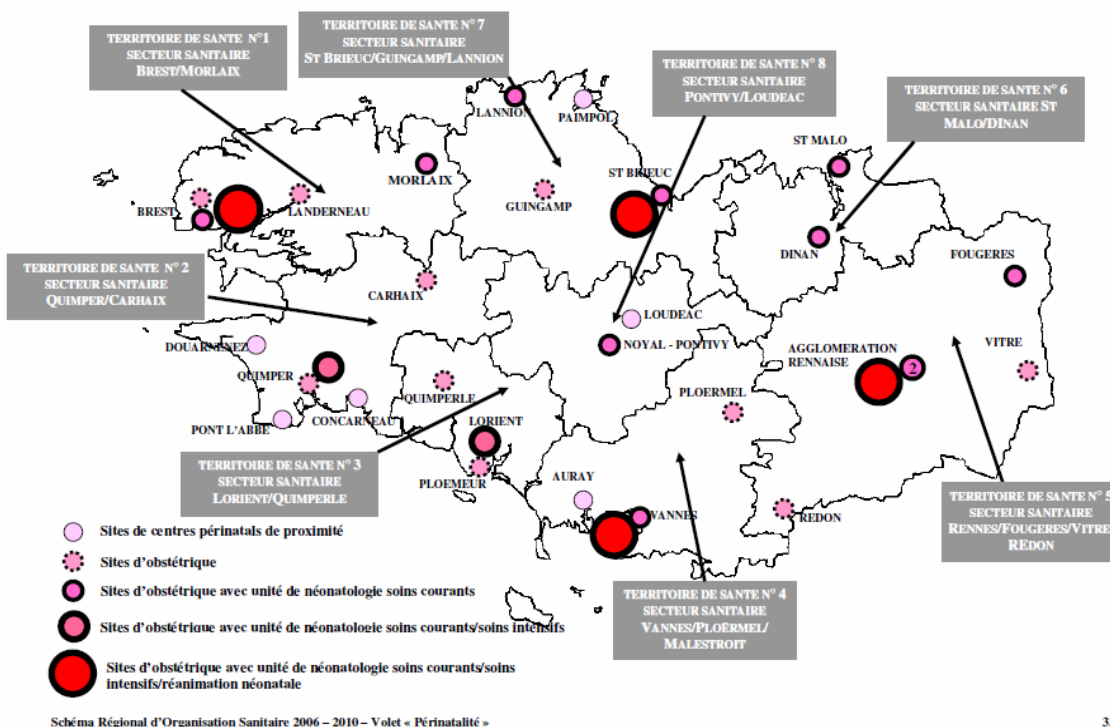
Le réseau de Périnatalité « Bien Naitre en Ille et Vilaine » (BNIV) a été créé en 2004. Il couvre les secteurs sanitaires 5 (Rennes, Vitré, Redon, Fougères) et 6 (Saint-Malo – Dinan). Il a un caractère départemental et représente 30 % des accouchées en Bretagne. A sa création, de longues réflexions ont été menées autour de l'inclusion potentielle du centre hospitalier (CH) de Saint-Malo car sa localisation en limite de territoire et son activité conséquente nécessitaient de prévoir des lits supplémentaires au CHU de Rennes<sup>3</sup> (prise en charge des nouveau-nés). Les autorisations ont été réfléchies et négociées. Son organisation départementale est à distinguer des autres RSP qui sont le plus souvent à échelle régionale<sup>4</sup> (sauf en Ile de France). La logique initiale était la proximité pour répondre au mieux aux priorités de terrain

---

<sup>3</sup> Le SROS 2006-2010 recommandait la prise en compte de ce territoire par les deux réseaux (d'Ille et Vilaine et des Cotes d'Armor)

<sup>4</sup> Cf. cartographie des RSP en annexe

Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites de périnatalité (centre périnatal de proximité, activité d'obstétrique, de néonatalogie, de réanimation néonatale) -- Bretagne/Cible 2010



Le RSP Bien Naitre en Ille et Vilaine est fondé sur un socle associatif de loi 1901 : le Réseau Est Bretagne En Médecine Périnatale (REBEMP<sup>5</sup>). En sus, cette association gère les actions de formation et de recherche des praticiens du CHU. Elle a été enregistrée en Préfecture et a été reconnue par les instances parce qu'elle a rédigé ses textes fondateurs : une charte et une convention constitutive<sup>6</sup>. Sa localisation est basée sur un des sites du CHU, pour des raisons de gratuité et d'usité des locaux.

Le réseau est, début 2010, piloté par deux instances :

- la Mission Régionale de Santé (MRS<sup>7</sup>) qui associe un double pilotage alterné ARH / URCAM (tous les deux ans, mais dans les faits cela n'a été qu'un pilotage URCAM). Elle fixe les objectifs de façon concertée, évalue, alloue les budgets via le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Quelques budgets substantiels

<sup>5</sup> REBEMP : Association de loi 1901, structure support du RSP BNIV composée d'un Conseil d'administration (CA qui vaut conseil scientifique qui porte les projets ; représentativité des libéraux...), d'un bureau et d'une Assemblée Générale. Un comité de pilotage (Copil) se réunit une fois par an pour valider les orientations passées et futures et donne une décision sur la coordination du réseau ou des ajustements. Son siège social est au CHU ; son adresse comptable à l'IME ; son adresse postale à l'Hôtel Dieu. Son but est d'assurer les missions propres du réseau et soutenir des actions des praticiens du CHU (recherche, congrès, réanimation néonatale...)

<sup>6</sup> 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, J. O. n°294 du 18 décembre 2002, p. 20933. Il précise les documents relatifs à leur création : convention constitutive, engagement des professionnels, document d'information du patient, charte du réseau.

<sup>7</sup> L'Agence Régionale de Santé (ARS) créée le 1<sup>er</sup> avril 2010 a succédé à la mission régionale de santé. Toutefois, l'organisation de l'ARS et le déploiement de ses activités sont en cours de définition. C'est pourquoi, nous nous référons aux structures telles qu'elles ont existé jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2010

existent via le Conseil Général (tâches d'évaluation), via le CHU (MIG) pour les mises à disposition de locaux et la gestion du personnel. Le pilotage descendant se fait via un binôme d'évaluateurs eux-mêmes sous la responsabilité du chargé de mission, pôle de l'offre ambulatoire et de la coordination des acteurs et de la Gestion Des Risques (GDR)

- la Commission Régionale de la Naissance<sup>8</sup> (CRN) : organe consultatif de Santé Publique au niveau régional, est **fédératrice des quatre réseaux** bretons. Elle a vocation à être un comité technique régional et contribue à la mise en œuvre de la politique périnatale favorisant le travail en réseau. Elle est force de propositions auprès des DRASS et est actrice des Conférences Sanitaires de Territoire. Elle est présidée par un professeur en médecine depuis 2006. Un médecin inspecteur DRASS référent communique les informations descendantes et les orientations stratégiques en matière de Santé Publique auprès du réseau.

Le RSP adhère à la Fédération Française des Réseaux de Santé Périnatals (FFRSP). Ses missions sont la **coordination**, en amont du soin. Le réseau favorise l'acculturation d'une vision commune de la périnatalité en Ile et Vilaine et pour ce faire, organise des formations, des manifestations, des groupes de travail. La finalité est toujours le décroisement, le partenariat, l'amélioration des prises en charge des familles dans un cadre général de Santé<sup>9</sup>, en tenant compte de l'optimisation de la qualité des soins et du coût médico-économique.

Les objectifs généraux du RSP sont :

- accroître la sécurité périnatale en assurant l'orientation optimale des patientes et des nouveau-nés vers le niveau de soin que requiert leur état de santé
- promouvoir la proximité pour éviter les séparations mère enfant chaque fois qu'elle est compatible avec la sécurité, dans une dimension de prise en charge globale
- coordonner l'ensemble des soins médicaux et psycho-sociaux
- favoriser les actions de prévention, de dépistage, d'enseignement et de recherche en médecine périnatale.

Comme la majorité des RSP, il s'est d'abord attaché à optimiser la gradation des soins entre établissements de santé. En tant qu'organisme formateur agréé, il a organisé de nombreuses sessions de formations continues pluridisciplinaires, des journées d'information, des journées et des groupes de travail. La dimension prévention est toujours

---

<sup>8</sup> CRN : le suivi du volet « Périnatalité » est assuré par la Commission Régionale de la Naissance élargie aux représentants des réseaux périnataux bretons. Ses missions sont de favoriser le développement de réseaux associant les professionnels et les institutions œuvrant dans le champ de la périnatalité en vue de mieux coordonner la prise en charge des femmes pendant la grossesse et au cours de la période post-natale, en particulier celles qui se trouvent en situation de précarité, tant sur le plan médical que sur les plans psychologique et social ; de proposer les modalités de déclinaison au niveau régional de la politique définie au niveau national ; d'impulser des actions de formation des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans le domaine de la périnatalité, en coordination avec les partenaires concernés, notamment les réseaux ; d'évaluer annuellement les actions menées en périnatalité au niveau régional, et leurs résultats en lien avec les réseaux.

<sup>9</sup> Santé : Cf. précédemment

prise en compte, et l'ouverture sur le médico-social et le social se développe (conventionnements, projets).

Le personnel composant le RSP effectue, pour l'essentiel, des tâches de coordination sauf les psychologues qui effectuent aussi des activités cliniques sur plusieurs sites au titre des subventions liées au soutien de la prévention médico-psycho-sociale (moyens alloués pour soutenir les entretiens prénataux précoces ; ils sont ventilés par les RSP). Au total, l'équipe est composée comme suit :

- un médecin coordonnateur (0,4 Equivalent Temps Plein)
- une sage-femme coordinatrice (1ETP)
- une secrétaire (0,8ETP)
- un pédiatre épidémiologiste (0,3ETP)
- une technicienne de recherche clinique (0,4ETP)
- une sage-femme pour la mission de soutien à l'allaitement maternel (0,1ETP)
- une pédo-psychiatre (0,1ETP)
- 3,2 ETP psychologues issus du plan de périnatalité destinés à la mise en œuvre des entretiens prénataux précoces et à leur ventilation sur les différents établissements.

La coordination du nouveau réseau d'aval (prise en charge des nouveau-nés vulnérables) est en cours de conception.

Le champ d'exercice du RSP est la collaboration active sanitaire, médico-sociale (CAMSP essentiellement), sociale, territoriale (PMI et Conseil Général) et l'ambulatoire. Comme beaucoup de réseaux, il existe toujours une difficulté à faire participer activement les professionnels libéraux et les usagers.



Sa prise en charge concerne toutes les patientes enceintes dont l'issue de grossesse est la naissance ou l'interruption. L'inclusion est bien sûr considérée comme le duo mère-enfant

sur le territoire considéré (8 établissements de santé concernés). **13 692** patientes (+/- leurs enfants) étaient concernés en 2009.

Les adhérents du RSP sont les professionnels en ayant fait la demande ou ceux ayant participé à au moins une action de formation, journées thématiques ou groupe de travail. Cela représente 432 inscrits. Les contacts sont eux au nombre de 744. On dénombre une minorité de généralistes : 53 sur 900 dans le département (cependant le nombre croît chaque année).

### 1.1.2 Quelques constats de départ

En ce début 2010, six ans après la création du réseau de périnatalité « Bien Naitre en Ille et Vilaine » et à l'occasion de son évaluation triennale, la sage-femme coordinatrice évoque des difficultés à objectiver une prise de recul sur l'organisation propre du réseau dans lequel elle exerce. Il est important de rappeler que 2010 est une année charnière en termes de mise en place des ARS. L'entière redistribution des rôles et fonctions avec de nouveaux enjeux médico-économiques est perçue comme drastique. Un sentiment de précarisation est évoqué.

L'environnement des RSP est de plus en plus contraignant : l'offre de soins s'est diversifiée (de plus en plus de sages-femmes libérales) ou désertifiée (!), le principe de précaution est concomitant du concept de sécurisation de la naissance. Parallèlement, les patientes souhaitent des soins plus globaux et moins techniques. Ainsi, depuis leur création, les RSP ont vu le panel de leurs activités s'étendre et les professionnels partenaires exprimer de nouveaux besoins.

Cependant, les moyens n'ont pas pu progresser de façon synergique. Le déficit de la Sécurité Sociale (ressources financières), la consommation croissante de biens et services de santé (demandes de soins) et la pénurie des professionnels de la périnatalité (ressources humaines) ont imposé de restructurer (voir rationaliser) les structures d'offre de soins : des maternités ont vu leurs activités se transformées (centre périnataux de proximité). La nécessité de coordonner les acteurs s'est accrue pour optimiser le parcours de soin de la femme enceinte qui, à défaut de ne pouvoir consulter moins, va pouvoir consulter mieux. Budgétairement, les réseaux n'ont pas pu obtenir de réévaluation de leur allocation depuis 2006. Les seuls recours au maintien d'une coordination efficace reposent donc sur : l'apport d'outils de gestion aux réseaux ayant fait valoir leur plus-value tout en constatant

des difficultés (cahiers des charges), et l'obligation de reconsidérer les réseaux qui sembleraient ne pas apporter de bénéfices réels qu'ils soient sanitaires, technique, ou de coordination. Certains réseaux de santé connaissent alors une non reconduction de leur budget.

Les RSP ont donc été concernés par ces mesures d'amélioration de réseaux de santé mais leur spécificité historique et fonctionnelle semble perturber l'adéquation entre leur vocation première et la mise en œuvre de ce cadrage nécessaire. S'ajoute à cela des histoires singulières dont on ne peut faire abstraction.

Dans le cas du RSP considéré, après évocation de ses objectifs professionnels en matière de pilotage du RSP et des observations des pratiques, la coordinatrice s'interroge sur la cohérence des enjeux de chacun. Les Programmes Personnalisés de Santé<sup>10</sup> (PPS) sont l'opportunité de faire le point sur les finalités des RSP en périnatalités au regard du cadre réglementaire. Les pouvoirs publics prévoient que les RSP coordonnent un parcours soin autour de chaque patient alors que les RSP se sont initiés autour des structures. La file active est de plus de 13 000 patientes (mais peut-on parler de file active ?). Comment mettre en œuvre cette décision ? Est-ce que cette obligation de mise en œuvre d'outil est cohérente avec les besoins de santé et les besoins des acteurs ? Quelle plus-value cela va-t-il amener ? Est-ce que c'est le reflet d'une dérive de pratiques locales, ponctuel ? L'activité du réseau souffre-t-elle des mêmes difficultés ou contraintes que les autres réseaux ?

Ce questionnement n'est que le haut de l'iceberg d'une activité qui se cherche. Les résultats en matière d'amélioration des indicateurs de santé périnatale sont probants et pourtant l'impression persiste de ne pas réussir à finaliser les objectifs du cahier des charges des RSP<sup>11</sup>. Ainsi, la coordinatrice se demande comment valoriser la place des usagers au sein du réseau autrement que via l'assemblée générale de l'association gestionnaire du réseau. Comment impliquer autrement les médecins libéraux en dehors des formations continues ? Comment limiter les pratiques hors protocoles ? Comment faire

---

<sup>10</sup> Ces PPS ont pour vocation d'harmoniser les critères d'évaluation des réseaux autour d'une définition commune du parcours de soins (plan thérapeutique, plan d'accompagnement, plan d'éducation thérapeutique ; le médecin traitant est le pivot de l'organisation de ce parcours de soins. La montée en charge des réseaux s'évalue alors sur la base de l'augmentation du nombre de PPS...entre autre)

<sup>11</sup> Le cahier des charges sera abordé ultérieurement : CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES, DHOS. Circulaire DHOS / 01 / 03 / CNAMTS n°2006 -151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. Bulletin Officiel n° 2006-4, annonce 22. Elle insiste sur la notion de prise en charge globale et continue d'amont et d'aval de la naissance en coordonnant tous les secteurs d'activité (établissements de santé, ambulatoire, médico-social, social). Elle rappelle les missions, la population et les acteurs concernés par les RSP.



évoluer les documents et les pratiques aux vues des nouvelles réglementations (exemple des PPS) ? Les questions que se pose la coordinatrice suggèrent un contexte d'exercice difficile : il m'est exprimée une « impression de nez dans le guidon, de débordement » et finalement de « plus le temps pour réfléchir ». Elles invitent à l'analyse des faits sous un regard méthodique fondé sur l'écoute et l'observation.

## *1.2 Une problématique en termes de représentations et de sens*

### 1.2.1 Axe de problématisation

Au vu de l'inquiétude exprimée, l'étude va donc s'orienter sur l'hypothèse que le pilotage du RSP est sous tension. Il est le reflet d'enjeux complexes et doit pourtant jouer un rôle à la fois de régulateur et de négociateur. Ces tensions vont être explorées sous deux angles : d'abord un questionnement destiné à supposer que le pilotage stratégique et politique est flou voire mal adapté au RSP ; l'environnement peut avoir ici des répercussions difficiles. D'autre part que l'organisation propre du travail de coordination est porteur d'enjeux importants pour ses acteurs ; le rôle et la fonction de chacun seraient enclin à une permanente nécessité d'adaptation, donc de pertes de repères en certaines périodes de vie des structures.

Dans le but de tenter de répondre à ces questions, ce mémoire se centrera sur un réseau de santé en périnatalité, en l'occurrence le **réseau de périnatalité Bien Naitre en Ille et Vilaine**. Cependant, pour ne pas créer de biais, il sera parfois fait des extrapolations à d'autres réseaux ou expériences. Le but est de pouvoir objectiver des pratiques ou des propos issus d'une organisation particulière : comme nous l'avons dit, ce réseau est départemental. Or, a priori, il me semblait nécessaire d'apporter des éléments de réflexion sur le périmètre d'exercice du RSP. Je suppose, à l'aube de ce travail, que tel problème ou telle mission est le reflet de l'organisation décrite, ou au contraire, est l'expression d'une problématique générale de tous les réseaux de santé.

Les difficultés exprimées sont révélatrices d'un environnement de fonctionnement mouvant, voir paradoxal, il semblait nécessaire d'évaluer celui-ci à la fois du point de vue

---

des pouvoirs publics et du point de vue des acteurs. Le contexte socio-économique, législatif, réglementaire et fonctionnel fixe le cadre d'exercice. L'organisation pluridimensionnelle de la **coordination** fonctionne tel un « catalyseur » ou un « chef d'orchestre » ici appelé réseau périnatal. Des acteurs différenciés doivent prendre place autour de ce chef d'orchestre qui régule les séquences mais ne commande pas. Cette fonction est aussi difficile à tenir parce que les réformes ont été nombreuses et ont repositionné les rôles.

L'organisation en réseaux est porteuse de sens politique. En périnatalité, les mesures sont anciennes et, en quelque sorte, précurseurs des logiques de gradation. Les acteurs soumettent des demandes auxquelles ils espèrent que le réseau puisse répondre. Les indicateurs de santé évoquent des besoins auxquels il faut apporter des solutions. Le sens des actions n'est pas le même pour les investigateurs, quel qu'ils soient, décideurs, coordonnateurs ou acteurs. Les représentations sont divergentes. Pourtant, les réseaux de santé restent un outil de décloisonnement prisé car il permet la diffusion d'une meilleure communication et d'une meilleure articulation. Ceux-ci ont vocation à optimiser le parcours de soins du patient...même si actuellement aucun indicateur n'est capable de l'évaluer finement.

La thématique de la coordination en périnatalité est spécifique parce que les acteurs la revendiquent comme telle (charge à moi de le confirmer ou de l'infirmier) et parce qu'on touche au monde paradoxal d'un réseau de santé qui ne gère pas des malades. Peut-être est-là, finalement, le sens de la problématique soulevée. Le réseau Bien Naitre en Ile et Vilaine se positionne comme **acteur de santé publique**. Le présent mémoire va faire le point sur cette activité particulière qu'est la coordination. Je le nommerai ainsi :

**« Spécificité de la coordination en périnatalité ; le réseau de santé acteur de santé publique ? »**

### 1.2.2 Méthodologie retenue

Ce document est destiné à valider un Master 2 professionnalisant et, à ce titre, il semblait nécessaire de traiter le sujet en ayant une perspective professionnelle, c'est-à-dire, avec des méthodes adaptées à l'analyse la plus exhaustive possible. La méthodologie de travail repose donc sur la mobilisation des acquis empiriques et d'expériences, et un cadrage du champ d'étude le plus cohérent possible.

Le choix a été fait ici de mobiliser une pluralité des méthodes. Ce mémoire est le prolongement logique d'un parcours professionnel, d'une année d'acquisition de savoirs et de la réalisation d'un stage que se veut support d'un questionnement abouti sur une problématique de santé publique. Pour ce faire, la méthodologie de travail repose sur :

- La mise en pratique des outils d'analyse acquis et la mobilisation des nouvelles compétences spécifiques au décours de cette année de scolarité
- L'appétence pour certaines disciplines
- Des recherches à la fois exhaustives (questionnaires) et qualitativement riches d'apports (entretiens)
- Des écrits validés par les pairs
- Des faits probants et constatés sur la période du stage.

Néanmoins, pour donner de la cohérence à ce travail et afin d'éviter la dispersion, j'ai limité mon sujet à l'étude des RSP excluant les réseaux de santé traitant d'autres spécialités. Un autre critère d'exclusion au champ d'étude a été posé : les RSP dits **de proximité** (14 en France, en janvier 2010 pour 44 réseaux dits régionaux ou départementaux). Ceux-ci répondent à des logiques locales parfois complétives ou supplétives des RSP et dont la fonctionnalité ne correspond pas à l'objet de l'étude, même si ils pourront être cités.

Comme nous l'avons dit, ce réseau est spécifique dans son organisation (départementale et non régionale). Il sera parfois nécessaire de soutenir des propos, de mettre en avant des écarts, des originalités, de ramener au fonctionnement généraliste, au regard d'autres expériences. La construction de ce document est aussi ciblée sur l'objectif suivant : un focus d'analyse sur un réseau comme organisation propre, selon un fil conducteur de regard politique – stratégique – opérationnel (en entonnoir).

Matériellement, ce mémoire repose sur une analyse documentaire vaste : textes législatifs, réglementaires, rapports officiels, revues scientifiques et spécialisées, mises à disposition de présentations sur internet (les présentations DHOS par exemple) mais aussi, bien évidemment, sur la littérature.

Des questionnaires ont été envoyés à tous les RSP français (métropole et DOM) via internet, les remises directes en main propre ayant fait face à des difficultés organisationnelles. Cette enquête sera reprise dans ce mémoire sous le terme « enquête

2010 sur les RSP<sup>12</sup> ». Elle a fourni un matériau très précieux pour établir un état des lieux récent des actions des RSP. Une mention particulière est à noter pourtant : un mouvement de résistance des coordonateurs de réseaux pour répondre à ce questionnaire a été rencontré, sous le motif de sollicitations incessantes et de multitudes de questionnaires leur arrivant (un par semaine). Une aide a été demandée à la Fédération Française de Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) mais la décision a été prise lors du dernier colloque (29 mars 2010) que chaque réseau était libre de répondre ou pas, et de faire le tri des priorités. Le nombre de retour n'est donc que de 14. Il est, néanmoins, assez représentatif des régions françaises : Ile de France (très urbain), Normandie (un des plus récents), Pays de Loire (expérience ancienne), les DOM (besoins très contrastés), les régions montagneuses (logique géographique et logistique plus contrainte), le sud-est, le sud-ouest et les quatre réseaux bretons (départementaux - région traitée). Leur traitement permet d'envisager des faits récurrents nécessitant d'être à soulignés.

Cinq entretiens ont été réalisés : avec un médecin inspecteur de santé publique de la DRASS, représentant des tutelles à la Commission Régionale de la Naissance (CRN), deux médecins coordonateurs (un réseau très ancien et un membre du bureau de la Fédération Française des RSP), la coordinatrice du RSP et une sage-femme ayant eu un double exercice libéral-hospitalier. Il est intéressant de confronter leurs opinions sur leur perception du pilotage, des missions qui leur sont dévolues, de leur avis sur les réseaux de santé et leur place comme acteur de santé publique, le rôle des acteurs, la place des usagers.

De plus, on ne peut pas considérer un réseau de santé comme acteur de santé publique si on ne démontre pas la plus value qu'il exerce sur les prises en charge sanitaire. Des résultats épidémiologiques seront donc étudiés afin de savoir si ceux-ci sont probants de l'efficacité du réseau et si celui-ci a éventuellement réorienté ses objectifs. Ces données pourront être confrontées aux objectifs des plans de périnatalité et aux enquêtes en périnatalité. Certaines études concomitantes nous permettent d'avoir des informations fiables sur la réalité de l'exercice du fait du commanditaire (ex. Directeur d'ARH pour l'enquête de périnatalité en Bretagne) et de leur exhaustivité (région). Ces données étant reprises par les pouvoirs publics, nous les citerons ici.

---

<sup>12</sup> Le questionnaire est annexé au mémoire

Au fil de la lecture seront mis en exergue les propos des professionnels, des extraits de compte-rendu de réunion, qui feront échos des concepts.

Le questionnaire s'est par contre porté sur la méthodologie de recueil d'information concernant les patientes prises en charge au sein du réseau. Il a été décidé de ne pas les interviewer du fait de la contrainte temps. De plus, il semblait plus porteur de sens de s'interroger sur les modalités organisationnelles que mettaient en place les professionnels, chacun à leur niveau, puisque l'essence même de ce master est « politiques et actions », donc le focus se veut plus tourné sur les projets que sur la satisfaction propre des patientes (même si celle-ci est importante). Il n'en sera cependant pas fait totalement abstraction puisqu'elle apparaît dans les enquêtes de périnatalité.

⇒ Après avoir redimensionné la problématique à traiter, je vais commencer l'étude de la coordination et des réseaux de santé en périnatalité par une approche de centration du réseau dans un environnement législatif, réglementaire mais aussi planifié et fonctionnel. Des enjeux différents ou des écarts sont-ils déjà perceptibles ?

## **2 En quoi les évolutions des cadres législatif et opérationnel ont pu modifier les enjeux liés au fonctionnement du réseau de périnatalité ? :**

Les RSP sont nés de l'initiative de chefs de service qui voulaient coordonner leurs activités plus efficacement autour du concept de gradation, ou de médecins travaillant dans une réelle confraternité et collégialité et souhaitant formaliser leur collaboration, l'ouvrir à de nouveaux membres.<sup>13</sup> Au fur et à mesure, les besoins ont évolué, la législation a encadré l'exercice et les besoins de santé se sont diversifiés. Les professionnels ont désormais de nouvelles attentes. Le RSP doit être la force centrifuge de toutes ces énergies.

---

<sup>13</sup> Référence au médecin coordonateur de l'Adepafin

## ***2.1 Evolutions des enjeux stratégiques et politiques imputant des changements d'axes de travail***

### **2.1.1 Contextualisation réglementaire et historique**

Pour appréhender les difficultés que peuvent ressentir les acteurs des RSP face aux directives descendantes, il sera décrit, dans un premier temps, les grandes étapes de pilotage des réseaux et leurs répercussions sur ceux-ci.

La première dénomination des réseaux a été « **réseaux de soins.** » L'appellation réseau de santé apparaîtra progressivement. Les réseaux étaient issus souvent d'une organisation spontanée originale autour d'une problématique sanitaire ou sociale. A titre d'exemple, l'Adepafin<sup>14</sup> s'est constituée en 1987 à l'initiative des médecins libéraux qui voulaient mieux coordonner les prises en charge autour de la grossesse. En Ile de France, la coordination des actions s'est d'abord attachée à tenir compte des difficultés psycho-sociales des familles pour sécuriser l'environnement du nouveau-né : des initiatives sont décrites dès 1992, notamment à l'hôpital Louis Mourier<sup>15</sup> : « *la prévention de la prématurité et l'amélioration du pronostic des prématurés passe aussi par la prise en compte de ces problèmes (précarité, difficultés d'accès aux soins) et par la diminution du nombre des grossesses non ou mal suivies. On ne peut y parvenir que par un fonctionnement en réseau ville-hôpital incluant non seulement les structures sanitaires institutionnelles et libérales, mais aussi le tissu associatif.* » Très rapidement les réseaux médico-psycho-sociaux périnataux sont prônés par les conférences de santé d'Ile de France (1997 et 1998).

Puis, l'organisation en RSP a été soutenue par les tutelles sous deux formes : les textes réglementaires et normatifs en matière de santé périnatale (surtout les plans de périnatalité), et les textes relatifs aux réseaux de santé dans leur définition généraliste ou spécifique. Globalement, ces deux courants ont été congruents même si certains cadrages ont pour particularité de n'avoir pas eu de succession chronologiquement adéquate (SROS, cahier de charges des RSP). Petit retour historique...

---

<sup>14</sup> Adepafin : association départementale pour l'étude et la prévention des affections fœtales et de leur incidence néonatale

<sup>15</sup> Pr LEJEUNE C., néonatalogiste, hôpital L. Mourier ; SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS DE PMI, *périnatalité : les réseaux, entre lien technique et lien social. Nécessité ? Réalités ?*, XXVIIIème colloque du 29 – 30 novembre 2002, Paris, édition Paris : SNMPMI, novembre 2002, 164p

Dans les années 1990, les réseaux sont déjà traités sous l'abond de la multiplicité. L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 stipule à l'Art. 29 qu' « *il est créé un article L.712-3-2 ainsi rédigé : en vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et par le schéma d'organisation sanitaire, les établissements de santé peuvent constituer des **réseaux de soins** spécifiques à certaines installations et activités de soins, au sens de l'article L. 712-2, ou à certaines pathologies. Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale.* »

Pour leur champ de compétences, les RSP ont eu pour vocation de formaliser la hiérarchisation des niveaux de prises en charge de néonatalogie à partir des années 1994-1996. Un retard ayant été constaté en France, quant à ces indicateurs de morbidité et mortalité périnatale, le Haut Comité de la Santé Publique a élaboré un rapport, paru en 1994 qui recommandait, en cas de risque prévisible et en l'absence de structures de soins adaptées, le transfert prénatal des mères vers des centres obstétricaux comportant, entre autres, un service de néonatalogie. Le plan Juppé (décrets du 9 octobre 1998<sup>16</sup>) a donc incité à la mise en place de réseaux de gradation<sup>17</sup>, mais il a aussi imposé aux établissements de santé réalisant de l'obstétrique et de la pédiatrie de participer à la garantie de **sécurisation des soins** en répondant à des normes de ressources humaines, de locaux et d'équipements, en assurant l'orientation des femmes enceintes, en organisant les transferts des mères et des nouveau-nés entre ces établissements et en transmettant les informations utiles.

A cette époque, la coordination souhaitée ne concernait que les professionnels des établissements de santé et leurs représentants légaux. Ces mesures incitatives à la formalisation des réseaux reposaient sur des conventions inter-établissements (outil juridique de coordination et de coopération). Le bénévolat et l'initiative était la forme d'animation de ces démarches.

---

16 MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décrets n°98-899 du 9 octobre 1998 et n° 98-900 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale et leurs conditions de fonctionnement. J.O. Numéro 235 du 10 Octobre 1998 p. 15343

17 Les règles de gradation des soins néonataux sont rappelées en annexes

Ces décrets ont ainsi permis d'améliorer les soins périnataux par leur **régionalisation**, par la mise en complémentarité des établissements au sein du réseau, par l'organisation des « transferts in utero », afin de proposer une offre de soins plus cohérente. Cependant, au vu des spécificités locales certains réseaux ont fait le choix de maintenir une organisation en réseaux départementaux.<sup>18</sup> Progressivement, les réseaux ont diversifié leur activité ; certains se sont spécialisés (diagnostic anténatal), d'autres se sont ouverts sur le secteur ville.

Cette ouverture vers l'ambulatoire est en cohérence avec la thématique : les RSP ont pour mission la cohérence du suivi d'amont et d'aval de la Naissance, dans une dynamique de prise en charge globale de la mère et de l'enfant. Ils doivent assurer la mise en adéquation de la demande des usagers au regard de leurs besoins. Ils doivent organiser un suivi de grossesse fluide en accord permanent avec les familles, réaliser le dépistage, la prise en charge des risques médicaux et psychosociaux en pré- et postnatal. La globalité de ce suivi sous-entend le développement du maillage du réseau de santé de proximité dans une logique ville / PMI / hôpital. Comme nous l'avons vu, les indicateurs de morbidité font écho des conséquences délétères de la précarité et des désordres de tissage du lien mère-enfant et, à ce titre, des enjeux forts de prévention doivent trouver une réponse de santé publique. Les RSP doivent donc créer une « communauté périnatale » correspondant à l'ensemble des professionnels de la naissance qui appartiennent au réseau périnatal<sup>19</sup>.

Parallèlement, la législation sur les réseaux de santé a progressivement encadré les pratiques. Les RSP ont été concernés directement. Certaines thématiques bénéficieront de cahiers des charges : c'est le cas de la périnatalité avec la Circulaire du 30 mars 2006 relative au cahier des charges des RSP. Nous passons d'une logique d'organisation segmentée par filière à une **logique plus globale** par territoire centrée sur les besoins de la population<sup>20</sup>.

La définition des **réseaux de santé** répond aussi à la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2002. Celle-ci englobe la vision élargie de prise en charge, l'aspect plus global qui fait la Santé (bien être, déterminants, environnement social,...). Selon l'article L. 6321-

---

18 Cas de la Bretagne, du fait notamment, d'un RSP ancien sur un département

19 PIERRE F, Gynécologue obstétricien, CHU Poitiers, décembre 2007 – mars 2008, « Les maternités au sein du réseau périnatal, organisation actuelle et enjeu à venir », *ADSP* n° 61 / 62, pp 53-57



1 du CSP *«les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation de la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médicosociales et des organismes à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »*

De plus, la Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001, article 36 et le Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 apportent les éléments d'encadrement et d'allocation des financements liés à ces structures. Plus précisément, le code *« prend en considération, pour chaque demande :*

- *La prise en compte des 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 régionaux ou nationaux d'organisation sanitaire et les schémas médicosociaux ainsi que des 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. »*

On constate donc que les RSP sont juridiquement acteurs de santé publique, en tant que coordonnateur de terrain, qu'exécuteur des politiques publiques, responsable des finances publiques, donc évalués dans leurs actions. Ils participent au projet médical de territoire via les CRN.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins (art. 84) a introduit au sein du code de la santé publique l'article L. 6321-1 qui donne une définition unique et souple des **« réseaux de santé »** et se substitue à l'ancien article L. 6121-5 relatif **aux réseaux de soins**. Le décret d'application fixe les critères de qualité ainsi que

---

20 ACEF S, directeur du réseau de santé Aura 77 et ingénieur des réseaux de santé, 2008, « réseaux de santé et territoires, où en sommes-nous ? », Informations sociales n°147, pp 72-81

les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation auxquels les réseaux doivent satisfaire pour bénéficier de financements publics. L'utilisateur est envisagé comme acteur à part entière du réseau de santé. Dans les faits, cela est très compliqué à mettre en application. Je l'expliciterais ultérieurement.

En complément, le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 précise les documents à formaliser pour engager éthiquement le réseau dans la qualité de coordination des soins délivrés. Ces principes éthiques sont obligatoirement rédigés au sein des documents identifiés comme constitutif du réseau : une convention constitutive et une charte. Ils engagent à l'amélioration des pratiques en s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge, des actions de formation destinées aux professionnels avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne. Le décret stipule en outre que les réseaux doivent s'adapter aux évolutions de leur environnement. Comme les établissements et services sanitaires, les réseaux entrent dans une dynamique qualité : ils s'**institutionnalisent**. La formalisation des engagements éthiques, des droits et devoirs de chacun et la qualité des documents de création sont garant d'une stabilité de structure<sup>21</sup> : avoir toujours en tête les valeurs initiales de la mission pour piloter clairement et avec constance, vers une même direction, démocratiquement. Ce décret est précisé par la Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 détaille les principes généraux communs aux réseaux (structuration et organisation, coordination, système d'information, qualité et évaluation, financement) et indique les modalités d'instruction régionale (dispositif commun d'instruction, modalités d'organisation de la décision conjointe ARH / URCAM de financement sur la dotation régionale de développement des réseaux).

Cette esquisse de pilotage régional a eu pour effet de brouiller les repères des coordonnateurs. Certains ont pu avoir le sentiment de perdre le sens de leur mission. En effet, le réseau est porteur d'ouverture et on l'institutionnalise par des démarches qualité. Celles-ci sont nécessaires à la qualité des soins et elles sont reconnues comme louables par les coordonnateurs. Mais elles sont antinomiques des élans spontanés, des initiatives locales basées sur la confraternité autour de valeurs communes. De plus, les impératifs de

---

<sup>21</sup> SCHWEYER FX, LEVASSEUR G, PAWLIKOWSKA T, 2002, *Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes*, Rennes, ENSP, 112p.

formalisation des modalités d'entrées et sorties des usagers (adhésions) dans le réseau sont vides de sens pour les RSP. Dans l'enquête 2010 sur les RSP, seuls 50% des RSP déclarent avoir formalisé les modalités d'entrée – sortie des usagers dans le réseau, alors qu'elles le sont pour 71% des professionnels. La traçabilité n'est assurée qu'à 36%. Je m'explique ceci, d'une part, parce qu'il n'y a pas d'alternative au RSP du bassin de vie (la plupart du temps) ; d'autre part, parce qu'il est impossible à des RSP régionaux comme les Pays de Loire ou Rhône-Alpes qui ont plus de 40 000 patientes, de réaliser ces prérogatives. Pourtant, ils sont évalués sur ces items !

Le rapport IGAS en 2006 évoque des résultats insuffisants des réseaux de santé : les bilans annuels d'activité mettent en avant les difficultés à assurer la coordination entre les professionnels des différents secteurs des réseaux (manques de coordination envers le secteur médicosocial). Les moyens humains font défaut et il est mis en évidence un manque d'accompagnement susceptible d'améliorer les pratiques de coordination. Le pilotage stratégique des réseaux de santé ne semble pas homogène et la dispersion risque de nuire au concept. Ainsi, la Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 réoriente les réseaux de santé vers des impératifs de **pluridisciplinarité**, notamment lors des sessions de formation. L'objectif est toujours le décloisonnement car « les murs persistent. » La mutualisation de réseaux est envisagée. Le territoire, avec sa graduation des soins propre, est l'élément de cohérence des décisions. Le but est de ne financer ou de ne continuer à financer que les réseaux qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des **évaluations** et dont les coûts sont compatibles avec le cadrage financier de la politique des réseaux de santé. Les **objectifs** sont posés. Le FIQCS est créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et fusionne la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR<sup>22</sup>) et le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Parallèlement, le rapport Molénat a mis en évidence les effets néfastes que peuvent avoir les désordres psycho-affectifs sur le lien mère-enfant sur le futur développement de l'enfant. Afin de prévenir cette morbidité, la précarité psychique et d'améliorer la sécurité émotionnelle des parents, la circulaire DHOS / DGS / 02 / 6c / 2005 / 610 du 4 juillet 2005 a insisté sur l'intérêt de l'entretien de prévention : l'entretien prénatal précoce. Il est fait

mention que les RSP doivent être au cœur du dispositif de mise en place et de coordination : ils sont l'outil juridique adapté pour ce déploiement d'action et pourront en être évalués. Quatre points ont été soulignés :

- La collaboration médico-psychologique en périnatalité
- L'animation des réseaux de soins autour de chaque famille
- La formation psychologique des acteurs de la périnatalité
- La formation des psychologues à la clinique périnatale et au travail en commun.

De mon expérience professionnelle, j'ai le sentiment, que le concept de pluridisciplinarité a été d'autant plus admise dans l'organisation intersectorielle qu'elle a été appuyée par une circulaire spécifiquement à destination du public de la périnatalité. La validation d'une directive réglementaire par un expert de la périnatalité fait consensus dans la profession.

Les RSP ont ensuite bénéficié d'un **cahier des charges** destiné à accompagner les initiatives naissantes et aider à la dynamique de décloisonnement qu'il ne fallait remettre en cause. Il reprend, en autres, les points précédents. Ce cahier des charges des RSP est défini par la circulaire DHOS / 01 /03 / CNAMTS / 2006 / 151 du 30 mars 2006. Elle rappelle la mission, la population et les acteurs. Il insiste sur la notion de **prise en charge globale et continue d'amont et d'aval** de la naissance en coordonnant tous les secteurs d'activité (établissements de santé, ambulatoire, médico-social, social). Les thématiques abordées sont de plusieurs ordres :

- Organisationnelles : un accès précoce et une prise en charge adaptée, une organisation de la sortie de maternité, des visites de sortie du réseau, meilleures prises en charge des transferts in utéro et du post-partum, suivi des nouveau-nés vulnérables, évaluations (staffs analyse de dossiers et suivi de données) ; des outils sont proposés comme le carnet de maternité ou le dossier périnatal partagé
- Actions ciblées en santé publique : promotion de l'allaitement maternel, amélioration des échographies de dépistage, de diagnostic, du diagnostic anténatal, des interruptions médicales ou volontaires de grossesse, prévention des addictions (tabac, alcool, toxicomanie)
- Ouverture vers des prises en charge médico-psycho-sociales : entretien prénatal précoce, accompagnement psycho-social périnatal ou lors de deuil, comorbidités psychiatriques, précarité d'ordre socio-économique
- Prise en compte de populations spécifiques : adolescentes, comorbidités de maladies chroniques, handicap
- Prise en compte de problématiques régionales.

C'est **LE** document de référence des RSP parce que les acteurs des réseaux ont été invités à y participer. La coordinatrice du réseau dit que « *cet outil a été créé par les professionnels des réseaux. L'accord a été facile sur ce dont les RSP devaient se*

---

<sup>22</sup> DRDR au niveau régional : dotation régional pour le développement des réseaux

*préoccuper. Bien sûr, on ne peut pas faire tout ce qu'il y a mais ça donne des grandes lignes et charge à nous d'aborder ces questions et d'y travailler au regard des réalités locales. La plupart du temps, on a l'impression de suivre ce cahier des charges, dans cette mission globale. »*

- ⇒ L'historique législatif des RSP évoque les mêmes faits que les réseaux de santé d'autres spécialités : des initiatives locales, dans notre cas, issues des établissements de santé, qui se sont vues accompagnées d'une démarche de politisation car les enjeux de santé publique étaient trop importants. Les incidences en sont une institutionnalisation des réseaux, une organisation plus bureaucratique, financée mais évaluée et planifiée. Les acteurs de départ n'avaient pas vocation à entrer dans une nouvelle structure ; ils coordonnaient des actions et souhaitaient juste que ce temps soit reconnu. On peut envisager que l'écart soit déstabilisant à échéance de période de prise de recul. Cependant, il est important de souligner que l'adaptation au cadre législatif est mieux appréhendée si le réseau s'accorde sur le sens ou s'il participe à son élaboration. Le **participatif** a ici tout son sens. Le cadre législatif décrit n'est pas le seul facteur contraignant. D'autres enjeux doivent être analysés : la réalité de l'exercice dépend « d'une latitude d'actions sous contrôle ».

### 2.1.2 Stratégie politique et fonctionnelle : le réseau, une latitude d'actions sous contrôle

La mission du RSP est de coordonner des soins de proximité (le suivi de grossesse est considéré comme une prise en charge sanitaire de premier recours) mais son pilotage ascendant et descendant relève plus d'une dimension régionale. Son efficacité attendue relève de cette prise en charge de proximité : évaluer les besoins territoriaux et y répondre avec les ressources disponibles localement en tenant compte des difficultés et des contraintes de l'environnement. Pourtant, l'autonomie du RSP semble limitée car les réseaux ont aussi l'obligation de répondre aux objectifs du SROS, au cahier des charges ou à des missions prioritaires lancées par les tutelles. Cependant, initier des améliorations de au plus près du terrain est aussi un objectif des réseaux. Jusqu'où les RSP sont-ils autonomes, et quelles stratégies opérer pour concilier injonctions et suggestions ?

Les RSP doivent répondre aux directives de la politique régionale de santé. En Bretagne, le **Plan Régional de Santé Publique** 2006-2010 (PRSP) préconise un fonctionnement pérenne des réseaux, supports des actions de coordination de l'ensemble des professionnels de la naissance, dans les champs sanitaire et médico-social. De son côté, le **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire** (SROS) est un outil de planification sanitaire et de régulation. A ce titre, il organise un exercice spécifique et encadré du RSP. Bien avant cette injonction dans la loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 et dans le décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002, le SROS Bretagne 1999-2004 tenait déjà compte des enjeux de décloisonnement inter-établissements, ambulatoire et médico-social et de planification de l'offre de soins puisqu'il est fait mention de « répartition du savoir et du savoir-faire ».

Le dernier SROS date de 2006. Il a été institué dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la Politique de Santé Publique et fixe plusieurs objectifs en matière de santé maternelle et infantile, d'affections d'origine anténatale et de reproduction, de contraception et d'IVG. Les grands axes sont de :

- réduire la mortalité périnatale (atteindre 5,5 pour mille en 2008)
- réduire la mortalité maternelle (atteindre 5 pour 100 000 en 2008)
- diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité
- réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme.

La réalisation de ces objectifs s'appuiera sur les principes de :

- sécurité et qualité des soins, incluant la dimension humaine de l'accompagnement
- proximité des prises en charge, en veillant au développement de prestations au plus près du domicile
- libre choix de la parturiente et du couple parental.

La notion d'évaluation du risque est un des principes de fonctionnement des RSP définis par le SROS. Elle vise à améliorer la sécurité en orientant ou transférant la femme enceinte vers le lieu le mieux adapté à son niveau de surveillance et de soin et celui de son nouveau-né en fonction du risque évalué (gradation des soins comme pivot de l'organisation), et à améliorer la qualité de la prise en charge globale de la mère et de son enfant autour de la naissance en privilégiant la proximité du lieu de résidence de la femme enceinte tout en évitant les séparations prolongées mère / enfant. Ces valeurs sont fondatrices des RSP. Elles sont bien perçues comme des missions premières et prioritaires.

Le SROS revendique aussi le concept de pluridisciplinarité : « *afin de couvrir l'amont et l'aval de la prise en charge, le réseau associe aux établissements de santé publics et privés autorisés en obstétrique, les professionnels de santé de ville (médecins libéraux, sages-femmes), la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I), la psychiatrie et la pédopsychiatrie*

et les acteurs des champs médico-social et social (CAMSP notamment). » Il réitère les principes d'évaluation, de référentiels, de formation continue comme des activités faisant partie intégrante des RSP. « La formation continue doit être articulée avec les projets des réseaux de santé périnataux qui comprennent notamment :

- Le dépistage et l'évaluation des situations à risque des parturientes et le suivi de la femme enceinte
- La réanimation du nouveau-né : tous les professionnels de santé intervenant auprès du nouveau-né en salle de naissance doivent justifier d'une formation réactualisée à la réanimation en salle de naissance
- L'accompagnement des enfants prématurés et de leur famille dans le cadre d'une expérimentation régionale du NIDCAP. »

Quant à lui, le Dossier Médical Partagé (DMP) reste un objectif national décliné au niveau régional dans les SROS. Il favorise la sécurisation des soins<sup>23</sup> par un meilleur échange de données et d'information au service des professionnels et des usagers. Le RSP d'Ille et Vilaine répond à tous ces objectifs mais se heurte encore, comme d'autres régions, au retard d'opérabilité d'un dossier partagé.

Les recommandations du SROS tiennent compte des alternatives à l'accouchement comme les « chambres de naissances » ou les maisons de naissances, des retours modulables à domicile, de l'assistance médicale à la procréation, de la valorisation des métiers. Tous ces points ne sont pas présents dans le cahier des charges des réseaux. Le RSP est pourtant sensé en tenir compte. L'accompagnement des enfants prématurés et de leur famille est retrouvé, par contre, dans les deux documents. Ainsi, dans les faits, les coordonnateurs expriment un flou quant aux références à suivre.

De façon plus marquée, c'est le volet évaluation du SROS qui pose question aux coordonnateurs puisqu'à aucun moment, on ne leur demande les informations relatives à l'évaluation de l'atteinte des objectifs de ce schéma. A titre d'exemple, le SROS formalise la nécessité d'obtenir un retour de données directes relatives à la participation aux gardes et astreintes, au maintien des compétences chirurgicales ou en néonatalogie, aux moyens mis en place et relatifs aux décrets de 1998, au nombre de services d'aide aux femmes en difficultés créés.... Les évaluations actuellement menées au sein des RSP ne portent que

---

<sup>23</sup> MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décrets n°98-899 du 9 octobre 1998 et n° 98-900 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale et leurs conditions de fonctionnement. J.O. Numéro 235 du 10 Octobre 1998 p. 15343

sur les modalités liées au décret du 17 décembre 2002. C'est un peu paradoxal quand on sait que la base de l'organisation des réseaux de santé en périnatalité a été la coordination inter-établissement élargies aux autres secteurs dans un deuxième temps. Cela donne une impression de décentration du cœur de métier et d'un éloignement des impératifs régionaux en matière de périnatalité. Cette réflexion fait écho des propos de la coordinatrice du réseau qui explique la nécessité de rester vigilant sur l'objectif premier, la sécurisation de la naissance. Elle dit : « *ce RSP est quand même, à la base, interhospitalier. La mission principale est de faire diminuer la mortalité maternelle, infantile par la sécurisation du suivi de la grossesse et de la naissance. Si on continue à avoir des femmes qui meurent parce qu'elles n'accouchent pas là où elles devraient accoucher, sur des situations médicales difficiles qu'on aurait pu prévoir, rien ne sert à rien. C'est une base incontournable. C'est conciliable avec de l'ambulatoire...On ne peut pas parler d'allaitement maternel si des femmes meurent d'une hémorragie de la délivrance.* »

Au quotidien, les coordonnateurs de RSP doivent se positionner constamment pour trouver un équilibre entre leurs missions liées aux impératifs du SROS et au cahier des charges, au regard de celle de coordonner les initiatives des acteurs de « terrain ». Cet équilibre se manifeste par la notion de « temps », temps confronté au tiraillement entre tous les acteurs. La coordinatrice du RSP parle « *d'autonomie du réseau à hauteur du temps restant* ». Elle pense que cette latitude d'autonomie doit être supérieure dans les réseaux dits de proximité car la répercussion des enjeux de santé publique ne relève pas de la même échelle : ils seraient moins « sous les feux » des pouvoirs publics. Le cahier des charges fixe les objectifs qui valideront le renouvellement du financement. Ce lien est perçu comme légitime par les tutelles qui attendent des résultats à l'investissement mis à disposition, mais la rationalité limitée des acteurs fait que « *chacun essaie de maîtriser une certaine autonomie et recherche une liberté d'action par rapport à son inscription professionnelle*<sup>24</sup> » et ses valeurs.

Y aurait-il une perte de repères liée au statut départemental d'un RSP géré comme un réseau régional ? Et peut-on, finalement, supputer des besoins les plus importants à servir ?

---

<sup>24</sup> Voir SCHWEYER FX, LEVASSEUR G, PAWLKOWSKA T, 2002, *Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes*, Rennes, ENSP, 112p.



La coordinatrice du RSP met en exergue le part grandissante de l'institutionnalisation des RSP. Celle-ci soumet l'organisation interne du réseau à de fortes pressions. *« J'admets l'institutionnalisation. Elle est nécessaire mais [...] avec le temps, elle prend de plus en plus de place. Si à un moment, elle prend la majorité de la place et si on n'est pas vigilant pour le reste, la demande de la base, et qu'on mette moins d'énergie pour travailler ce que les acteurs de terrain attendent vraiment de nous, on perd beaucoup le sens de ce pourquoi, en tout cas moi, je suis là. »*

Il n'y a pas un modèle de réseau mais **des** réseaux, chacun avec des enjeux et des prises en charges différents. Le RSP gère des « épisodes de vie », un réseau en alcoologie accompagne le patient sur plusieurs années. La palette de spécialités médicales est très variée. La file active de réseaux de santé de proximité peut être très variée. Tout ceci amène à suggérer qu'il est difficile de considérer le réseau comme acteur stable et structuré (comme le serait un établissement de santé). L'absence de modèle lui impose une autonomie mais, effectivement, sous contrôle. Le contrôle est multiple : des objectifs définis et acceptés, des moyens alloués en conformité, une évaluation et une transparence de fonctionnement. Le maintien de la créativité est garant de la réussite des RSP. Et la créativité nécessite de l'autonomie. Ceci ne remet pas en cause la collaboration et les résultats. Ainsi, la coordinatrice du RSP dit que *« il y a une certaine reconnaissance par les tutelles du rôle que l'on joue quand on nous confie des projets. [...] Si on a une certaine crédibilité, et si on peut mener des projets, mobiliser les acteurs sur ces projets-là, c'est parce que, en parallèle, on travaille aussi d'autres choses de leur terrain. Ça reste. Si je m'adresse tout le temps pour leur demander quelque chose qui vient ailleurs que d'eux, je vais avoir de plus en plus de mal à les mobiliser là-dessus. [...] Pour moi, la mobilisation de l'acteur ne vient pas d'en haut. Elle vient d'une écoute des acteurs et de rebondir sur ce qui semble être leurs attentes. Il faut un donnant donnant. Il faut écouter leurs problèmes et répondre. Il faut nous laisser une part de tâtonnement, de gestion de projet sur des choses qui ne sont pas forcément à l'ordre du jour, mais qui le sont pour nous à un moment donné. Parce que le fait de régler ça à ce moment M va apporter l'adhésion des acteurs pour le projet institutionnel d'après. [...] Il faut que ces structures restent assez légères. Ne pas trop les contraindre pour qu'elles gardent cette capacité de réaction et de mobilisation de projet à partir des attentes du terrain. »*

Les réseaux, dans leur autonomie, souhaitent parfois élargir leur panel d'activité. C'est d'ailleurs une des recommandations de la DHOS.<sup>25</sup> La mutualisation et l'optimisation des moyens des réseaux semblent constituer l'axe majeur des réformes à venir. Ceci rejoint l'opinion du médecin inspecteur DRASS rencontré qui émet l'hypothèse que *« plus on va vers de la proximité (entonnoir), plus il faut être global et large. Plus on va vers du spécifique, plus on a un territoire large ; ça devrait fonctionner comme ça. La définition de politique et évaluation doit être conceptualisé à un niveau régional. A un niveau de proximité, il faut laisser les acteurs se débrouiller avec ça en leur donnant une certaine marge de souplesse. Mais ça ne doit pas s'appeler un réseau. C'est ce que les médecins généralistes ont appelé les pôles de compétences pluridisciplinaires »*. Cette autonomie de perception de la latitude possible d'action est exprimée par les acteurs de réseaux qui parlent *« de parfois, monter en puissance »* pour traiter de sujets difficiles (intérêt de la régionalisation) et *« d'écoute des acteurs »* pour répondre à leurs attentes en toute autonomie. Un des réseaux bretons exprime bien la nécessité de régionaliser certaines activités pour conserver une autonomie d'action sur les missions de coordination à proprement parlé : *« il me semble que même si la proximité est importante, il faudrait davantage travailler en régional pour des actions spécifiques comme la formation car cette activité embolise un temps énorme pour chaque réseau et une mise en commun de ce temps permettrait de potentialiser notre énergie et notre temps sur des actions importantes mais reléguées par manque de temps. »*

Un choix politique devra être fait entre :

- Des réseaux de santé polycompétents de proximité, initiateurs et catalyseurs des prises en charge multiples. Mais comment les piloter ? Ce modèle semble pourtant riche de potentiels et d'émulation
- Des réseaux de santé spécialisés régionaux, plus ancrés dans une dimension stratégique en termes de Santé Publique et de Prévention et plus facile à piloter. Quid de la connaissance parfaite des réalités du terrain et des besoins ?
- Comment les articuler entre eux et cela ne multiplie-t-il pas les dispositifs ?

Même si des limites ont été dégagées précédemment, l'organisation observée entre le RSP et les tutelles est marquée par la confiance. La coordinatrice remarque que les tutelles sont attentives aux informations transmises, que l'écoute est possible, qu'il y a une libre parole :

---

<sup>25</sup> DHOS, *les réseaux de santé au cœur des évolutions de l'organisation des soins*, le 19 mars 2009, Paris, [http://www.ffrsp.fr/resources/orga\\_soins\\_dhos1.pdf](http://www.ffrsp.fr/resources/orga_soins_dhos1.pdf)

*« avec les interlocuteurs, il y a un discours le plus loyal et sincère possible. Les échanges ont toujours été constructifs. A nous d'expliquer aux tutelles que, quand on fait ça, ça apportait un intérêt en terme de santé publique pour la périnatalité. On n'avait pas la même culture ou la même vision des choses, mais en expliquant pourquoi, à notre sens, c'était fondamental, on a toujours trouvé un dialogue ouvert. »* Ce n'est pas le cas dans tous les RSP puisque l'enquête 2010 sur les RSP a relevé des récurrences intitulées « flous avec les tutelles ». Ces difficultés ont été évoquées six fois (sur 14) en termes d'absence de financement, de problèmes autour des modalités d'entrées-sorties, de refus de subvention d'actions de prévention et, deux fois, d'un manque de soutien pour la réalisation d'un dossier médical partagé. On voit que la négociation n'est pas toujours aisée et que le contexte économique ne doit pas être en faveur d'un assentiment systématique !

Dans le cas du RSP Bien Naitre en Ille et Vilaine, la CRN fluidifie les échanges. Elle est représentative des tutelles, même si elle n'a pas de lien direct avec le financement ; elle décode les enjeux. Elle est légitimée par tous les acteurs des réseaux bretons et a tout son rôle fédérateur et mobilisateur pour trouver des solutions aux problèmes comme la démographie médicale ou la prise en charge des IVG. La réciprocité des échanges est constructive. De plus, en dehors de la CRN, une seule fois, il m'a été évoquée un double langage ARH / URCAM<sup>26</sup> : impression pour les acteurs de ne pas avoir le même discours. L'impact n'est pas perceptible. L'ARS aura pour but de maintenir cette cohérence.

⇒ Le réseau est dépendant : dépendant d'une organisation régionale de la santé, dépendant de ses acteurs, dépendant de ses tutelles. Même si certaines questions restent en suspend (évaluation selon le SROS), le RSP autonomise ses actions dans une relation de confiance avec les tutelles au prix d'un jeu d'équilibriste destiné à « maintenir le cap » des objectifs de chacun. La créativité est mise en exergue comme facteur de réussite. Et il faut être effectivement créatif pour répondre avec constance à chacun. D'ailleurs, cette question de constance renvoie à l'évolution qu'ont subie les RSP. La maturité de l'exercice a modifié les pratiques. Les besoins se sont transformés. L'offre de soin vit les répercussions de la démographie médicale, de ses flux, de la restructuration hospitalière.

## 2.2 Evolutions des enjeux opérationnels restructurant les prises en charge

### 2.2.1 Maturité logique des prises en charge par les réseaux : des résultats contrastés

Les études comparatistes européennes du début des années 1990 classaient notre pays à la quatorzième et douzième place en termes de mortalité maternelle et périnatale. Un tiers de la mortalité maternelle était estimée évitable (hémorragie de la délivrance). Au vu d'études complémentaires, la politique de périnatalité a été lancée<sup>27</sup>. Les objectifs principaux étaient de réduire, à échéance de 2008, la mortalité périnatale<sup>28</sup> afin d'atteindre un taux de 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000. Les objectifs ont été tenus, en bonne partie, en 2008. Pourtant, comme le disent les coordonnateurs de la FFRSP<sup>29</sup>, « si les indicateurs se sont améliorés, [...] on connaît mal la contribution exacte des RSP dans l'amélioration constatée. » Ces résultats satisfaisants sont expliqués par la combinaison de l'évolution favorable des pratiques médicales, par la mise aux normes des effectifs médicaux et par l'action des réseaux. Les RSP ont sollicité les établissements de santé et les ont accompagnés dans l'harmonisation des transferts in utero. Ils devaient permettre la mise en adéquation la situation médicale préalable et le niveau de prise en charge de l'enfant et de la mère. La sécurité de la naissance a ainsi été améliorée. Ensuite, une évolution propre du champ d'application des RSP s'est mise en marche.

En Bretagne, le SROS 2006-2010 met en avant des indicateurs de périnatalité plutôt favorables. Les indicateurs de mortalité et de prématurité situent la Bretagne au-dessous des taux nationaux : avec un peu plus de 36 000 naissances annuelles la région Bretagne est l'une des régions où le taux de mortalité infantile est le plus faible et la mortalité maternelle parmi les plus basses. Toutefois, comme au niveau national, les taux de prématurité et des faibles poids de naissance n'ont pas été corrigés par les mesures passées.

---

<sup>26</sup> La MRS était normalement pilotée en alternance par l'ARH / URCAM et les agents n'avaient pas toujours la même culture institutionnelle

<sup>27</sup> Plan de périnatalité 2005-2007 « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité ». Il a été notamment recommandé la création de la Commission Nationale de la Naissance

<sup>28</sup> La définition des différents types mortalités est indiquée dans le tableau des indicateurs du plan de périnatalité 2005-2007 en annexes, plans de périnatalité

<sup>29</sup> BURGUET A, CRIBALLET G, MULIN B, BOUTHET MF, GOUYON JB, COORDONATEURS DE RSP, CALME G, DIRECTEUR DES AFFAIRES MEDICALES, décembre 2008, « pour une fédération des réseaux de santé en périnatalité en France », *DH Magazine* n°123, pp 26-29

Ceci est lié en partie à l'âge maternel plus élevé, et aux multiples traitements de l'infécondité<sup>30</sup>.

Les RSP ont fait preuve d'efficacité par la fédération des professionnels autour d'objectifs communs. C'est ainsi que l'on constate une augmentation des taux de naissances dans un centre adapté (50,6 à 90% en Pays de Loire de 1986 à 1997). Même si seulement 21% des RSP ont une cellule de transfert<sup>31</sup>, l'utilisation d'outils performants comme les référentiels de transferts, rédigés de façon collégiale, la télémédecine, des fiches de transferts (71% des réseaux dans l'enquête 2010 sur les RSP) a participé à l'amélioration de ces indicateurs. Dans certaines régions, l'amélioration des résultats en matière de politique de transfert a pu être retardée du fait du manque de places dans certaines maternités de niveau 3. C'est le cas du département d'Ille et Vilaine. L'ouverture tardive de la réanimation néonatale au CHU de Rennes a bloqué les rouages de l'organisation hiérarchisée des soins, conduisant à des transferts plus éloignés (parfois hors région), plus complexes pour les couples mais aussi pour les professionnels. En Ille et Vilaine, une fiche de « prise en charge inadaptée », informant des dysfonctionnements au sein du réseau, est complétée quand il y a une absence de place disponible. Les statistiques enregistrent l'amélioration des pratiques dès l'ouverture des lits de réanimation néonatale<sup>32</sup> : 115 fiches sont recensées en 2008, pour seulement 49 en 2009. Cet outil statistique est important car il permet de transmettre des données précises aux tutelles lorsque des demandes d'autorisations de créations de lits sont envisagées (évaluation des besoins).

Les coordonnateurs ont conscience de l'intérêt de l'évaluation quantitative et qualitative afin d'adapter les besoins et l'offre. L'évolution de la prévention, le suivi des pratiques médicales, l'émergence ou la régulation de la précarité sont autant de facteurs d'incidence sur les indicateurs périnataux et donc sur les structures d'aval à la naissance.

Les indicateurs sont très discutés car ils sont spécifiques des spécialités prises en charge et l'impact médico-économiques est difficilement comparable d'un réseau à l'autre. Pourtant, la morbidité, mortalité est suivie attentivement par l'équipe du RSP d'Ille et Vilaine. Les

---

<sup>30</sup> ARH BRETAGNE, mars 2006. « Périnatalité » in *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010*, Rennes, pp 319-340  
Et PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE, « la Bretagne en santé – plan régional de santé publique 2006 - 2010 », pp 128 – 130.  
Disponible sur internet : <http://www.bretagne.sante.gouv.fr/publications/rapports/2006/octobre/em07.pdf>

<sup>31</sup> Enquête 2010 sur les RSP

<sup>32</sup> Fin 2008 - début 2009

équipes pilotent ces tableaux de bord pour rendre compte aux partenaires du réseau du travail réalisé collégalement. Les journées dites d'évaluation sont très importantes pour les professionnels. Le recul sur ses propres pratiques et la comparaison aux établissements périphériques n'est pas vécu comme un appel à concurrence mais plutôt comme une émulation de vouloir mieux faire. En cela, le RSP participe à l'amélioration des pratiques.

A titre d'exemple, le tableau 1 suivant expose quelques données départementales<sup>33</sup> :

<i>Epidémiologie départementale</i>	2009	2008	2007	Données antérieures
Taux de césariennes (%)	19,6	19,1		20,5 en 2003 (enquête périnatale)
Taux de transferts des mères en réanimation (‰)	1,9		2,8	4 en 2003 (enquête périnatale)
Taux de transferts néonataux <sup>34</sup> (%)	1	1,2		1,6 en 2003 (enquête périnatale)
Taux de prématurité <sup>35</sup> (%)	6,9	7,3	6,5	6,3 en 2003 (enquête périnatale)
Taux de mortalité périnatale <sup>36</sup> (‰)	Non validé <sup>37</sup>	9,2	10,2	10,4 en 2006
Taux de mortinatalité <sup>38</sup> (‰)	Non validé	8,2	8,9	9,4 en 2006

**Attention** : les données suivantes sont supérieures aux objectifs fixés par le plan de périnatalité 2005-2007 et le SROS car, à l'élaboration de ces seuils, il était tenu compte de la législation antérieure à la *CIRCULAIRE DHOS/DGS/DACS/DGCL n° 2001/576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance. Avant cette date, la viabilité imposant une déclaration à l'état civil était de 28 SA<sup>39</sup>. Au-delà, de novembre 2001, elle est de 22 SA. Ce changement de seuil rend les objectifs caducs. Il n'en a pas été vraiment fixés de nouveaux ... Cependant, on constate que les pratiques progressent significativement.*

<sup>33</sup> Ces données sont issues du bilan d'activité du RSP d'Ille et Vilaine

<sup>34</sup> La période néonatale se situe de la naissance à 28 jours de vie

<sup>35</sup> A noter que les enfants de moins de 33 semaines d'aménorrhée sont majoritairement nés au CHU, conformément aux recommandations de bonnes pratiques

<sup>36</sup> Mortalité périnatale : décès entre 22 semaines d'aménorrhée et le 6ème jour de vie

<sup>37</sup> Les données non validées le sont du fait de la vérification qui doit s'effectuer en 2010. Elles sont toujours communiquées à N+2

<sup>38</sup> Mortinatalité : morts nés

<sup>39</sup> SA : semaines d'aménorrhées

Ces données mettent en évidence que :

- les professionnels ont eu conscience de la surmédicalisation iatrogène des années 1990. Ils tentent désormais de maîtriser leurs pratiques : le taux de césarienne qui diminue en fait état
- les femmes accouchent dans des établissements correspondant à leur niveau de prise en charge puisque les taux de transferts mères et enfants ont diminué. L'orientation a donc été améliorée en amont
- la mortalité périnatale a diminué car la sécurisation de la naissance s'est accrue
- deux indicateurs restent inchangés : la prématurité et la mortalité. L'évolution des pratiques et la recherche ne trouvent pas de réponse de prévention à la mortalité. La prématurité pourrait être réduite par un meilleur accompagnement des vulnérabilités maternelles. L'impact de l'entretien prénatal précoce (EIPP) n'est pas encore perceptible malgré les efforts de mises en œuvre par les RSP.

Après l'étape de sécurisation de la naissance, il faut désormais faire face au soutien à la parentalité pour éviter les désordres psycho-affectifs entraînant des comorbidités sur le long terme, à la diminution du taux d'hypotrophie fœtale<sup>40</sup>,... On pourrait parler de « maturité logique des prises en charge par les réseaux ».

Les réseaux ont conscience de leurs limites, de leur force, des enjeux, de la difficulté permanente de garder l'équilibre entre régulation et confiance. Ainsi, il a été rappelé lors de la journée de la FFRSP la persistance d'établissements réfractaires aux transferts néonataux ou aux non respects des protocoles, et à l'impuissance des réseaux face à cette problématique. Les réseaux sont évalués sur cet indicateur or, ils n'ont pas de leviers d'action. Collégalement, il a été exprimé que les RSP doivent garder leur position de neutralité car la coordination ne doit pas se faire dans un contexte de sanctions. Les Pouvoirs Publics doivent imaginer des modalités qui leur sont propres pour améliorer significativement les résultats des établissements « mauvais élèves ».

Les RSP n'exercent pas tous une influence identique sur leur territoire et leur date de création peut varier de 1992 pour le plus ancien, à 2009 pour le plus récent<sup>41</sup>. La France est désormais couverte par les réseaux périnataux et, parfois, par des réseaux de proximité. Ceux-ci sont officieusement expliqués par d'éventuelles défaillances de leur réseau régional. En tout état de cause, force est de constater que la coordination ne peut être efficace qu'à la condition de développer une culture partenariale dans la région, que la

---

<sup>40</sup> Voir les plans de périnatalité en annexes

<sup>41</sup> Données du Dr B. Branger, secrétaire puis président (2 juin 2010) de la Fédération Française des RSP

démographie médicale soit suffisante, que la qualité des biens et services de santé soit appropriée, que les tutelles de région soient soutenantes et que des promoteurs forts agissent comme des leaders d'opinion<sup>42</sup> (nous reviendrons sur la place des acteurs ultérieurement).

Cependant, les résultats concernant les relations tissées entre les secteurs sanitaires, social, médico-social sont contrastés. Le plan de périnatalité de 2007 recommandait que des réseaux ville / hôpital puissent associer les établissements de santé, les professionnels de santé de ville, les professionnels des services de PMI (acteurs privilégiés), les acteurs des champs médico-social et social, la pédopsychiatrie devant également en faire partie. Or, la Bretagne a bénéficié en 2009 d'un rapport de périnatalité, commandé par le Directeur d'ARH<sup>43</sup> qui montre que :

- les relations ville / établissements de santé sont à améliorer ; les RSP y travaillent
- les relations inter-établissements sont très satisfaisantes et le sont grâce aux RSP. Les pratiques sont encore à harmoniser
- la PMI a des relations régulières de travail avec les professionnels libéraux et les établissements même si certains outils manquent
- les relations avec la psychiatrie et la pédo-psychiatrie ont été facilitées grâce aux postes de psychologues (prévention médico-psycho-sociale). L'articulation autour de la psychiatrie adulte reste difficile.

Tous ces constats sont corroborés par l'enquête 2010 sur les RSP. La problématique est donc nationale.

---

<sup>42</sup> ACEF S, 2008, « réseaux de santé et territoires, où en sommes-nous ? », *Informations sociales* n°147, pp 72-81

<sup>43</sup> ANGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION, COMMISSION REGIONALE DE LA NAISSANCE DE BRETAGNE. Octobre 2009. *Enquête périnatale en Bretagne – constats et prospectives – rapport d'étape*, Rennes, 62 p. Ce rapport n'a pas été identifié comme outil d'évaluation du SROS, mais il répond en grande partie !



Ainsi, les tableaux 2 et 3 apportent quelques éléments quantitatifs :

<b>coordination des actions liées aux vulnérabilités</b>		
initier l'EIPP <sup>44</sup>	12	86%
coordonner l'EIPP	5	36%
initier les staffs médicopsychosociaux	11	79%
coordonner les staffs médicopsychosociaux	4	29%
coordonner les comorbidités psychiatriques	4	29%
initier les mesures d'amélioration de l'accompagnement des décès	8	57%

Le tableau 2 ci-dessus expose des activités qui sont en lien avec la PMI. La prise en charge médico-psychosociale représente un usage dans les pratiques des réseaux. Par contre, la coordination psychiatrique est très déficiente.

<b>coordination des acteurs hors champ sanitaire</b>		
<b>PMI</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>
médicosociaux	9	64%
sociaux	6	43%
autres	8	57%

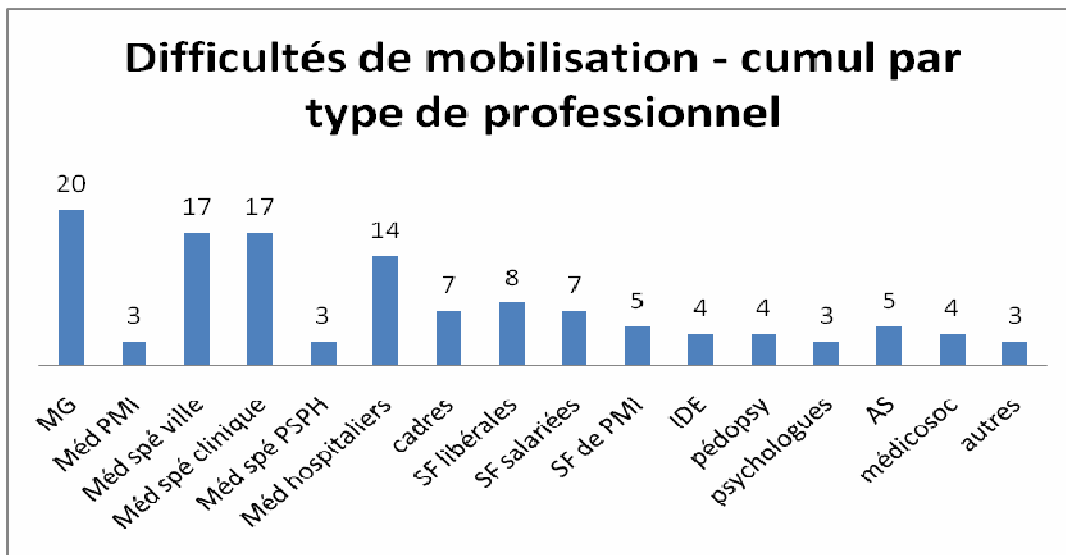
Ce tableau 3 ci-dessus identifie vraiment la PMI comme acteur privilégié des RSP. Les RSP s'ouvrent aux autres secteurs d'activité (le médico-social avec la prise en charge des nouveau-nés vulnérables, le social avec la prévention de la précarité et des violences ; « autres », correspond aux collectivités territoriales, aux associations, aux organismes de prévention).

Les RSP ne sont pas suffisamment inscrits dans le monde libéral pour améliorer notablement certains indicateurs. Ainsi, l'enquête périnatale met en évidence qu' « *il est nécessaire de poursuivre le développement des EIPP. Leur installation est encore insuffisante (on estime que 30% des femmes y ont accès actuellement en Ille-et-Vilaine).* » Mon expérience me permet d'expliquer ceci par le fait que certains praticiens ne sont pas convaincus par l'intérêt de cet entretien. Ils ne se sentent pas concernés par les formations organisées par le RSP sur le sujet ou ils manquent de temps. Leur sensibilisation est difficile et retarde la mise en application des actions.

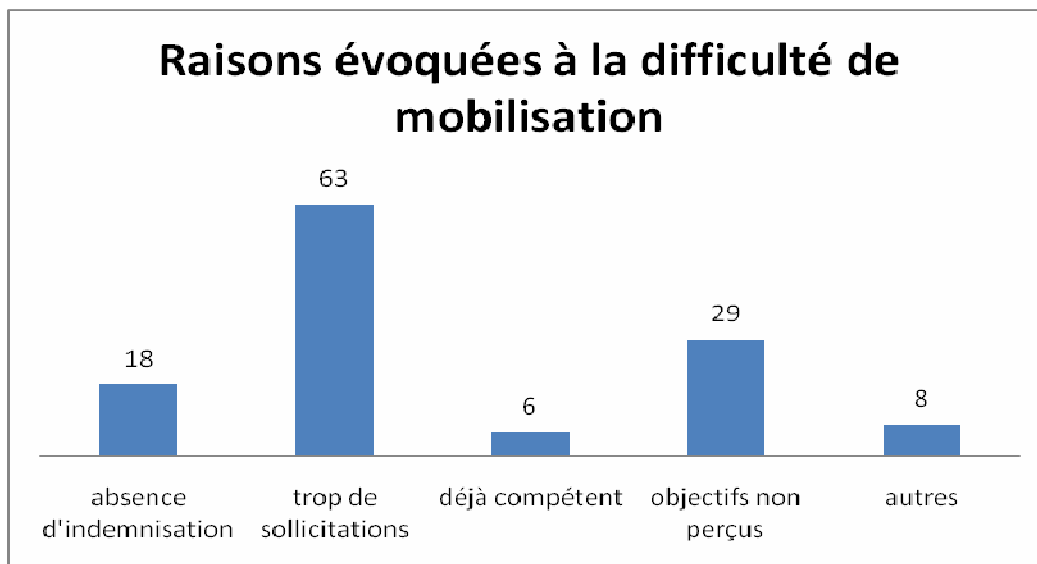
La difficulté de sensibilisation ou de mobilisation des acteurs libéraux est mise en évidence par l'enquête 2010 sur les RSP. Le graphique 1 ci-dessous met en évidence le cumul (total brut) de difficultés par type de professionnel concerné :

---

<sup>44</sup> EIPP : entretien individuel prénatal précoce. C'est une appellation inexacte parce que l'entretien peut se pratiquer en couple. Le RSP d'Ille et Vilaine l'utilise malgré tout pour le différencier de EPP signifiant évaluation des pratiques professionnelles Cet entretien est attentif des projets de naissance pour éviter qu'ils ne deviennent inadaptés à la réalité de la situation personnelle. Ils ont un objectif de prévention des complications obstétricales et médicales destiné à une prise en charge précoce de troubles associés comme des difficultés psychologiques, des addictions. Il favorise l'écoute



Il doit être combiné au graphique 2 suivant qui exprime les motifs de non disponibilité<sup>45</sup> ou de non participation aux actions (total brut) :



On constate que les médecins sont généralement trop sollicités dans leur activité quotidienne. Cela rend leur mobilisation dans le réseau secondaire. Comme je viens de le préciser, les objectifs peuvent être non perçus ou les professionnels peuvent ne pas éprouver le besoin.

<sup>45</sup> Les critères sont précisés comme suit dans l'enquête :

- Absence d'indemnisation compensatoire, de remplacement
- Trop de sollicitations, manque de temps
- Déjà compétent dans l'action menée
- Objectifs non perçus, absence de besoin
- Autres.

L'analyse ne peut se limiter à l'expression des acteurs. L'aspect sociologique de mobilisation dans le cadre de la coordination et des RSP sera traitée ultérieurement (chapitre 3.2).

La reconnaissance des RSP porte malgré tout sur leur capacité à mener des projets d'envergure, à développer la confiance mutuelle des acteurs via des échanges confraternels et à améliorer les pratiques professionnelles. La pratique de l'échographie obstétricale en Bretagne est ainsi stabilisée par la vigilance des RSP sur les points suivants<sup>46</sup> : le développement ou la pérennisation (si possible) de l'offre, l'anticipation de la pyramide des âges des échographistes (arrêt d'activité de la majorité des gynécologues médicaux dans les années à venir), l'évolution des pratiques vers une accréditation des professionnels (dans le cadre du dépistage des anomalies chromosomiques : mesure de clarté nucale à la fin du premier trimestre<sup>47</sup>). Les RSP ont joué un rôle d'organisation, d'articulation avec les organismes de formation. La réalisation de ces actions est basée sur une bonne entente entre acteurs : légitimité de la FFRSP qui a encadré le process de dépistage des anomalies chromosomiques, confiance des tutelles envers les RSP, confiance entre les professionnels (respect mutuel, connaissance et reconnaissance de compétences spécifiques,...). L'harmonisation des pratiques est alors possible. Les réseaux bretons déclarent dans leur rapport qu'« *il nous semble que seuls les réseaux sont à même de poursuivre cette construction : ils ont permis de réels progrès depuis leur création.* »

- ⇒ Les RSP ont des objectifs fixés et pour lesquels ils doivent rendre des comptes. Les indicateurs de santé publique sont satisfaisants et mettent en évidence la place nécessaire des RSP pour faire du lien, créer de la confiance. Ce n'est qu'à ce titre que les échanges et les pratiques seront bénéfiques pour les familles. Cependant, l'exploration des résultats en matière d'articulation des acteurs met en évidence des limites. Le RSP devient incontournable pour les acteurs dans certaines circonstances (dépistage des anomalies chromosomiques) mais les pratiques tendent au protectionnisme de la pratique médicale. Le RSP a un exercice constamment renouvelé de vigilance et d'actions novatrices pour maintenir le lien

---

<sup>46</sup> Exemple tirée de l'enquête périnatale commandée par l'ARH ANGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION, COMMISSION REGIONALE DE LA NAISSANCE DE BRETAGNE. Octobre 2009. *Enquête périnatale en Bretagne – constats et prospectives – rapport d'étape*, Rennes, 62 p.

et répondre aux nouveaux besoins. Le chapitre suivant étudiera d'ailleurs dans quelle mesure les RSP peuvent évaluer les besoins et proposer des réponses.

### 2.2.2 Besoins et demandes des soins évoluant

L'analyse du fonctionnement d'un RSP comme acteur de santé publique va au-delà de la fonction propre de coordination. Comme nous l'avons vu, elle s'inscrit dans un questionnement en lien avec les soins de proximité et de leur articulation sur le territoire. La périnatalité est par définition un soin de proximité, la grossesse étant a priori physiologique. Ce concept est très discuté : doit-on considérer que la grossesse est a priori physiologique ou potentiellement porteuse de risques ? Chaque acteur perçoit des enjeux différents selon que l'on se place sous un regard ou sous un autre. Le RSP doit se positionner par rapport à ces enjeux et évaluer les demandes. C'est son rôle d'organisme de veille sanitaire.

L'enquête de périnatalité 2009 en Bretagne a permis de faire un bilan exhaustif de l'offre de soin dans la région et a, de plus, apporté des éléments de réflexion sur les orientations à prendre pour répondre aux attentes des patientes et aux besoins exprimés par les acteurs locaux. Les observations mettent en évidence à la fois des attentes anciennes non résolues et des demandes de démedicalisation, ou de détechnicisation de la naissance<sup>48</sup>. Parallèlement, deux facteurs antagonistes apparaissent : un contexte démographique qui accroît les risques de désertification dans certaines zones (Finistère) ; et des territoires bretons qui connaissent un accroissement de population (+ 18% dans le Morbihan et + 27% à Rennes) depuis 1999.

L'amélioration de l'orientation précoce, à bon escient, en distinguant le bas risque du haut risque est en cohérence avec les pratiques européenne (notamment hollandaises) et favorise une surveillance adaptée de la grossesse. Le plan de périnatalité 2005-2007 préconise la réaffectation du suivi des grossesses physiologiques par les sages-femmes et par les

---

<sup>47</sup> Pour des compléments d'information, consulter les annexes, « dépistage des anomalies chromosomiques : nouvelles modalités de dépistage »

<sup>48</sup> La détechnicisation est repris par la sociologue JACQUES B, 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, puf, 209p.

généralistes<sup>49</sup> (bas risque). Pourtant, l'enquête périnatale de 2009<sup>50</sup> continue à mettre en exergue l'absence de réponse à cette recommandation et les mêmes attentes des professionnels :

- « *l'évidence que les sages-femmes libérales doivent largement participer au suivi des femmes enceintes Les sages-femmes sont dans l'attente de retrouver une place plus prégnante dans le suivi des grossesses physiologiques à part entière* »... au côté des autres professionnels. Ceci répondrait aux recommandations médico-économiques stratégiques de coopération autour du médecin généraliste référent
- *le désir des médecins traitants de ne pas en être écartés. Ceux-ci expriment nettement que, petit à petit, cette activité leur a été en partie subtilisée au profit des spécialistes. Près de la moitié des médecins traitants considère qu'ils ne sont pas assez impliqués dans le suivi des grossesses.* » Ils souhaitent être des acteurs engagés dans le suivi pré et post partum, éventuellement en identifiant des « professionnels de ville référents ».

Le SROS 2006-2010 décrit une évolution des attentes des usagers. Depuis plusieurs décennies, la médicalisation des grossesses a progressé et imposé une surveillance technique systématique, qui ne répond pas aux attentes de toutes les femmes et ne satisfait pas nécessairement tous les professionnels de la naissance. Les femmes souhaitent en effet bénéficier d'une prise en charge personnalisée, incluant la dimension psychologique, affective et émotionnelle de la naissance ; celle-ci doit être coordonnée entre les différents acteurs.

Les patientes peuvent faire part de leurs besoins aux RSP par l'intermédiaire des associations d'usagers. La participation citoyenne des usagers à l'organisation de notre système de santé se décline sous différents modes dont le tableau 4, ci-dessous, révèle les réalités au sein des RSP<sup>51</sup> :

---

<sup>49</sup> En 2003, M. Naiditch, médecin en santé publique, chercheur au DIES, exprimait les mêmes propos : références NAIDITCH M, mars 2003, « la crise des maternités : quelques réflexions sur une faillite prévisible », <http://portail.naissance.asso.fr/docs/crise-maternites.htm#crise>

<sup>50</sup> ANGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION, COMMISSION REGIONALE DE LA NAISSANCE DE BRETAGNE. Octobre 2009. *Enquête périnatale en Bretagne – constats et prospectives – rapport d'étape*, Rennes, 62 p.

<sup>51</sup> Enquête 2010 sur les RSP

<b>modalités de représentation des usagers</b>		
CA <sup>52</sup> du réseau	8	57%
consultation des associations	5	36%
interpellation des associations	4	29%
participation évaluation réseau	3	21%
autres	2	14%

Plusieurs modes d'expression peuvent être organisés. Les « autres » sont les CRN et, dans un cas, l'ouverture des journées professionnelles aux usagers (selon les thèmes)

Les demandes des patientes se rencontrent autour du libre choix : elles souhaitent une diversification de l'offre. Leurs attentes sont exprimées en termes d'une écoute attentive, d'une démedicalisation ou de propositions de démarches personnalisées adaptées, globalisées aux désirs du couple. Par contre, d'autres associations revendiquent une meilleure participation des parents aux soins délivrés à leur enfant prématuré. Sachant que la politique de santé favorise des structures suffisamment actives et moins nombreuses<sup>53</sup>, il s'entend que répondre à ces attentes, c'est redessiner l'architecture de l'offre de soins en périnatalité. Les RSP tentent de soutenir les projets qui s'en rapprocheraient (ex. projet maisons de naissances).

L'enquête périnatale de 2009 propose des orientations<sup>54</sup>. Celles-ci reposent sur la prise en compte des difficultés de démographie médicale et des risques de rupture de la permanence des soins qu'elle peut engendrer. Les professionnels souhaitent maintenir les démarches de regroupement de structures selon les modèles passés ou en cours. Des expériences douloureuses apportent des éléments de réflexion sur l'anticipation nécessaire des projets futurs. Un établissement a vécu une fermeture imposée sur le bassin de Lorient, obligeant à l'aménagement des pratiques sur un temps très court : deux mois pour mettre en place des suivis de suites de couches à domicile par les sages-femmes libérales du fait de l'exiguïté des locaux du centre hospitalier pour absorber une activité supplémentaire. L'expérimentation des précurseurs aux communautés hospitalières de territoire (CHT) laissent envisager des modes de coopération constructifs : maintien de la permanence des soins, sécurisation des prises en charge, projet médical solide. Les structures de proximité

---

<sup>52</sup> CA : conseil d'administration

<sup>53</sup> Spécificité française en matière de nombres de lits d'hospitalisation supérieur à la moyenne européenne

<sup>54</sup> Pour rappel, ce sont les RSP bretons qui ont mené cette enquête, donc ce sont leurs équipes et la CRN qui sont à l'initiative des propositions

types centres périnataux<sup>55</sup> seraient des moyens d'accès à des soins de proximité pour les populations. Les expérimentations des maisons de naissances<sup>56</sup> sont toujours perçues comme des alternatives possibles qu'il faudrait soutenir. Elles ont vocation à proposer une prise en charge plus physiologique de la naissance. L'accouchement à domicile véhicule encore des réticences de la part des professionnels ayant rempli l'enquête de périnatalité : ils le considèrent inadapté à la sécurité de la naissance. L'absence d'outil de communication généralisé est un frein considérable à la coordination efficace de ces nouvelles prises en charge.

Les professionnels ont des projets variés pour répondre aux besoins de santé : l'enquête de périnatalité signale aussi des besoins d'*extension des réseaux, formations, harmonisation des pratiques, meilleures coordinations entre les professionnels, amélioration du suivi des femmes enceintes en situations difficiles (noter le problème spécifique de la ruralité, de l'addiction)*. En l'occurrence, ces besoins entrent dans le cadre des missions des RSP qui doivent répondre à tous ces impératifs de décloisonnement et d'uniformisation des langages et des trajectoires de soins et d'accompagnement. La santé ne se limite au bien être physique et elle a ici tout son sens. Les besoins de biens et services de santé ne peuvent plus se dissocier des comportements déviants ou des contextes sociaux difficiles. La notion de prise en charge globale est essentielle dans la considération des besoins et de la mise à disposition de l'offre. C'est pour cette raison que les RSP ouvrent leur coordination à des partenaires pouvant apporter une réponse à cette question. Je reprendrai donc ici le tableau 3<sup>57</sup> « coordination avec d'autres acteurs » qui explicite une réelle considération de la dynamique « prise en charge globale » et de la nécessité de prévention :

---

<sup>55</sup> Selon le décret du 9 octobre 1998 les centres périnataux sont : « Les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités pré et post natales sous l'appellation Centre périnatale de proximité en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. » Le Centre périnatal de proximité assure les consultations pré et post natales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale.

<sup>56</sup> Les maisons de naissances sont des structures expérimentales destinées à la prise en charge de patientes souhaitant un accompagnement totalement physiologique. Seules des sages-femmes y exercent. Elles sont attenantes d'une maternité ayant un plateau technique prenant en charge l'éventuelle pathologie. A défaut, elles se situent dans un périmètre de sécurité. Leur expérimentation est suspendue depuis avril 2009.

<b>coordination des acteurs hors champ sanitaire</b>		
PMI	14	100%
médicosociaux	9	64%
sociaux	6	43%
autres	8	57%

L'item « Autres » représente notamment les associations d'aide comme l'ANPAA, les CODES, les centres de santé, les collectivités territoriales, le secteur psychiatrique

Comme nous l'avons vu, le RSP soutient les projets de santé publique mais il est contraint par son impossible positionnement décisionnel dans **l'offre de soins**. A ce titre, on peut citer l'exemple des expérimentations de prises en charge de suites de couches à domicile par les sages-femmes libérales pour lesquelles les CPAM ont traité directement avec les acteurs de santé sans consulter les RSP (deux fois en Bretagne, une fois en région parisienne). Les sages-femmes ne se sont pas senties valorisées et représentées dans cette démarche. L'expérimentation est vivement contestée.

En outre, le RSP possède peu de recours pour compenser les difficultés liées à la démographie médicale. Ainsi, les RSP constatent la persistance d'équipes médicales non consolidées en néonatalogie et des difficultés à assurer un fonctionnement optimal en période estivale<sup>58</sup> (surcharge d'activité dans les zones balnéaires, recrutements difficiles, pénurie de candidats). Ils n'ont pas de moyens pour pallier à ces problèmes de démographie médicale mais ils peuvent rendre attractif un territoire de santé ayant un solide projet médical (éventuellement en partenariat avec le CHU). La CRN, par contre, tente de proposer des solutions de recours.

Le réseau a par contre eu toute liberté à la mise en cohérence de l'offre de soins au regard des recommandations de bonnes pratiques. Ainsi, il a assuré la formation des professionnels autour de l'EIPP dans le cadre du rapport Molénat<sup>59</sup>. Cette formation participe au développement de « l'esprit de réseau » dans le champ global de son exercice (secteur, ville, département). Elle augmente les compétences des professionnels de première ligne et permet l'acquisition des règles de travail en commun, de la grossesse à la petite enfance, entre les champs médical / social / psychiatrique. Elle apporte des règles de

<sup>57</sup> Source enquête 2010 sur les RSP

<sup>58</sup> Enquête périnatale commanditée par le directeur d'ARH en 2009 AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION, COMMISSION REGIONALE DE LA NAISSANCE DE BRETAGNE. Octobre 2009. *Enquête périnatale en Bretagne – constats et perspectives – rapport d'étape*, Rennes, 62 p.

<sup>59</sup> Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité



communication et d'information. Cette théorie de prise en charge a développé la culture réseau et a répondu à un réel besoin, pas encore très bien évalué.

- ⇒ Les besoins et l'offre de soins se rejoignent le plus souvent autour du duo usager / soignant. Cependant, on constate ici qu'une réflexion de fond doit être menée pour apporter des réponses aux besoins permanents et irrésolus sur la répartition de la prise en charge de la patiente tout au long de sa grossesse. Le contexte économique et démographique n'est pas favorisant. Les RSP peuvent apporter leur contribution à cette réflexion mais chacun des professionnels devra accepter de redéfinir son champ d'activité et ses compétences !

Ce chapitre a permis de soulever les difficultés des RSP à pouvoir répondre à toutes les prérogatives qui leurs ont été définies. Le cadre juridique des réseaux de santé est bien déterminé dans ses généralités mais, au fur et à mesure des réformes, il est perçu comme s'éloignant de l'essence même des RSP. En effet, la mission première des RSP est la coordination mais **en amont** des soins. La naissance à proprement parlé est un épiphénomène dans cette prise en charge. Les réseaux de santé organisent plutôt des actes récurrents ou complexes, sur de longues périodes. Concernant les RSP, je fais ainsi les distinctions suivantes :

- le temps de la prise en charge est très court
- la grossesse est définie comme un état non pathologique
- la file active est très conséquente (patientes et leur(s) enfant(s))
- des recommandations de bonnes pratiques encadrent l'exercice et le cadre de suivi de la grossesse est réglementairement défini
- le niveau d'accès aux soins est le plus souvent de proximité ; le recours aux soins techniques est ponctuel et la période de l'accouchement est courte
- la persistance d'un historique très fort qui reste ciblé sur la coordination inter-établissement.

Par contre, les valeurs des réseaux de santé se rejoignent : prévention et accompagnement des vulnérabilités pour une meilleure prise en charge sanitaire, vision globale de la santé telle que le définit l'OMS, la nécessaire articulation entre les acteurs et la démocratie sanitaire destinée à favoriser la participation du patient comme acteur à part entière du système de santé.

Du fait de la veille constante qu'il met en place, le RSP s'est adapté à ces contraintes en partie grâce à son institutionnalisation et sa vision prospective sur l'offre de soin.

Cependant, cette institutionnalisation n'a-t-elle pas désolidarisé la poursuite des objectifs des réalités du terrain ?

Ce sont ces réalités que je vais désormais vous soumettre. Le prochain chapitre est construit sur l'hypothèse que l'exercice propre de coordination est difficile. Cette pratique soumet une tension supplémentaire au fonctionnement des réseaux.

### **3 En quoi les difficultés persistantes liées à la coordination et le comportement des acteurs ont-ils un impact sur le pilotage du réseau ?**

Les RSP sont des entités partiellement autonomes dont les pouvoirs publics attendent des capacités d'adaptation à leur environnement afin de construire une solidarité partenariale de la prise en charge sanitaire définie. Ces structures caméléons mettent en place des outils mais la mission reste difficile. Je vais donc explorer le champ de la coordination en périnatalité elle-même, pour laquelle je perçois des « désordres » liés à l'exercice. Ainsi, l'analyse se fera sous deux angles : dans un premier temps, un questionnement sur la construction d'une activité de coordination en périnatalité, puis, dans un deuxième temps, le jeu des acteurs des RSP.

#### ***3.1 Tensions entre une structuration de départ à vocation hospitalière et des attentes fortes de décloisonnement***

##### **3.1.1 Identité du réseau de santé périnatal en décalage avec les standards d'organisation attendus**

L'identité d'une structure relève de son intitulé propre mais aussi de la définition de ses statuts, de ses missions (nous les avons définis précédemment), et des professionnels qui y exercent. Dans les faits, on constate beaucoup de flou dans les appellations et la variabilité de composition des équipes ne fixe pas une représentation de professionnalisation. Or, sur ce point, aucune définition claire des compétences requises et des profils de postes ne sont élaborés collégialement. De plus, « *les équipes de réseaux doivent démontrer leur capacité à fédérer, à tisser et à structurer des liens fiables, à investir leurs propres zones*

*d'incertitude comme autant de marges d'innovation locales<sup>60</sup>* ». Le terme « structurer » amène à réfléchir sur le sens des actions : le patient entre de son plein gré dans un établissement mais il a peu de recours face à l'entrée dans un RSP régional. Quelle alternative et quels choix possibles pour lui ?

Le stage au RSP est révélateur des difficultés rencontrées à considérer le RSP comme un réseau de santé, au sens généraliste du terme. Les équipes expriment leur distinction par rapport aux réseaux de soins...alors que ceux ont disparus depuis 2002 ! Ils revendiquent leur spécificité. Les RSP coordonnent des acteurs et n'assurent pas de soins à proprement parlé. Cependant, la période d'évaluation met exergue des questions identitaires sur le sens commun des réseaux et le sens plus particulier des RSP. Ainsi, lorsque les tutelles ont demandé au RSP de répondre au PPS<sup>61</sup>, ces derniers n'ont pas compris le sens précis de l'outil. Le PPS est composé d'un plan thérapeutique, d'un plan d'accompagnement et d'un plan d'éducation thérapeutique. Il se coordonne tous les six mois autour d'une réunion de concertation pluridisciplinaire et place le médecin généraliste au cœur du dispositif. La grossesse étant une période courte, le médecin généraliste étant parfois exclu de sa prise en charge par les femmes dès le diagnostic (ce peut être leur choix), le suivi étant dans 90% physiologique, les RSP ne s'y sont pas reconnus.

Les RSP ont malgré tout pu adapter certains indicateurs du PPS à des réalités de la périnatalité : les entretiens prénataux précoces ont ainsi pu être considérés comme des indicateurs des PPS. Un coordonateur de RSP explique que le PPS a été d'autant plus mal perçu qu'à son niveau, il n'a pas eu de retours de résultats de la part du ministère de la santé. Dans un second temps, les RSP via la fédération française des RSP (FFRSP) ont proposé une grille d'évaluation PPS adaptée à la périnatalité mais là encore, il n'y a pas de réponse.

Ceci a entraîné de grands débats sur la différence réseaux de soins / réseaux de santé, leur taille, leur fonctionnalité. Un sujet récurrent concerne les modalités d'adhésion, d'entrée et de sortie des patients du RSP. Il semble difficile et onéreux d'envisager des modalités spécifiques d'entrées et de sortie du réseau pour plus de 13000 patientes au sein du RSP.

---

<sup>60</sup> Discours du député Gérard Larcher, 2001

<sup>61</sup> Le PPS est le programme personnalisé de santé. Il se définit comme la structuration d'un parcours de soins autour du patient, coordonné par le médecin généraliste. Leur traçabilité permet aux tutelles d'avoir un outil harmonisé d'évaluation d'activité des réseaux. Une grille PPS d'évaluation y fait référence

Les patientes reçoivent à leur déclaration de grossesse, par le Conseil Général, le carnet de suivi de la grossesse. Il y est mentionné le fonctionnement en réseau. Cependant, je ne suis pas certaine que cela soit perceptible par les patientes. Un coordonnateur émet les limites du respect stricto sensu de ces modalités en disant « *les tutelles demandaient que chaque femme enceinte signe une charte d'adhésion au RSP, qu'on liste tous les problèmes, et qu'on organise une visite de sorties de réseau. Les RSP de proximité fonctionnent comme les réseaux de soins. Eux, le PPS ça leur parle.* » Les autres RSP doivent vivre les mêmes difficultés puisque seuls 36% ont réussi à formaliser leurs modalités d'entrées – sorties (Cf. tableau 5 ci-dessous issu de l'enquête 2010 sur les RSP).

<b>formalisation entrée / sortie</b>		
à destination des usagers	7	50%
à destination des professionnels	10	71%
traçabilité	5	36%

La taille du réseau a un impact aussi sur son organisation, ses missions, son cadre fonctionnel. Certains s'interrogent par exemple sur la superposition des tâches : l'action de chacune pouvant diminuer l'impact de l'autre (formation continue et de la coordination propre des acteurs). Les coordonnateurs de RSP disent « *il me semble que même si la proximité est importante, il faudrait davantage travailler en régional pour des actions spécifiques comme la formation* », « *les chartes des RSP de proximité ne sont pas très loin des réseaux territoriaux. Un réseau de proximité c'est une organisation territoriale des professionnels. Si c'est en accord avec le fonctionnement du RSP régional, ça ne pose pas de problème.* »

Les RSP ont l'impression d'être en décalage par rapport aux standards attendus parce qu'ils sont tiraillés par de multiples tâches. Ainsi, le RSP étudié avait pour valeur de garder la confiance des professionnels en étant à leur écoute et en pouvant leur apporter « *des réponses n'importe quand, sur n'importe quoi, avec un relais possible* ». « *Or aujourd'hui c'est de plus en plus dur de répondre en temps et en heure.* » La charge de structure est énoncée comme facteur causal. L'activité s'est traduite par une montée en charge des projets sans évolution de structure. « *Ça s'empile au détriment de l'ensemble*<sup>62</sup>. »

La question alors de la mutualisation des moyens est soulevée. Les RSP échangent déjà beaucoup entre eux. Le tableau 6<sup>63</sup>, ci-après, met en évidence la répartition des coordinations inter-réseaux :

<b>coordination avec d'autres réseaux</b>		
RSP voisins	11	79%
autres réseaux de santé	9	64%
réseaux sociaux, d'usagers	3	21%

La mutualisation est principalement imaginée pour les réseaux de proximité. Un coordonnateur dit qu'ils pourraient être « multicartes », avec par exemple, une secrétaire pour deux réseaux : *« c'est une organisation territoriale avec la permanence des soins dedans. Est-ce qu'il faut appeler ça un réseau de proximité ? On peut dire « réseau multi-usages », « multi-soins ». Au bout d'un moment le médecin devient salarié. Si un médecin fait partie de cinq réseaux, il devient un médecin salarié. »*

Ceci amène à s'interroger sur le métier de coordonnateur à proprement parlé. Les enquêtes soulignent souvent la lourdeur de la charge de travail. Au regard, le profil des coordonnateurs est très pluriel. Le métier n'est pas authentifié en tant que tel même si la compétence est « construite » par diplôme (le premier en 2000) : DESS « Coordonnateur de réseaux sanitaires et sociaux » de l'université Aix-Marseille III et DESS « Ingénierie des réseaux de santé » de l'université de Marne-la-Vallée. Une association nationale des coordonnateurs de réseau a été créée à l'initiative des membres de la première promotion de l'un de ces diplômes. Composée presque exclusivement de soignants, cette association revendique la création d'une nouvelle profession de « coordonnateur » dans la nomenclature des professions de santé.

Les auteurs<sup>64</sup> remarquent que quelle que soit leur profession d'origine, les coordonnateurs ont en commun un statut « bricolé », entre exercice libéral, salarié, et des modes de rémunération parfois précaires, ayant pour cadre, des réseaux de santé aux financements fragiles. C'est ainsi qu'environ la moitié des coordonnateurs (surtout les médecins) exercent leur fonction de coordination à temps partiel et cumulent cette activité avec une activité libérale ou salariée. La discussion autour des locaux du lieu d'exercice et des

---

<sup>62</sup> Ces propos sont tenus par un coordonnateur de réseau

<sup>63</sup> Enquête 2010 sur les RSP

<sup>64</sup> ROBELET M, SERRE M et BOURGUEIL Y, 2005, « la coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *RFAS* n°1, pp 233-260

modalités de rémunération incertaines est fréquente. Le statut de médecin coordonnateur repose sur deux qualités : l'expertise, et des compétences non cliniques en termes d'organisation et d'évaluation. Il « *n'est pas le prolongement de l'activité professionnelle ordinaire*<sup>65</sup>. » Certains médecins coordonnateurs ont été les promoteurs des réseaux, ils ont créé leur propre poste de coordonnateur. Ils ont été légitimés sur le territoire pour différentes raisons : l'implantation locale, la connaissance de l'environnement, du terrain, la détention d'une expertise. Force est de constater que le marché du travail des coordonnateurs n'est pas exclusivement structuré par des règles « formelles » comme la formation et le diplôme.

Cette question de la fonction de coordonnateur et reprise par le médecin inspecteur DRASS qui envisage que le temps de coordination restera un temps nécessaire. En effet, comment envisager un autre mode de coordination des professionnels libéraux ? Il dit : « *après une certaine durée d'exercice professionnel, faire évoluer son métier est plutôt sain (nécessaire en terme de fatigue physique et intellectuelle). Que des médecins sur des territoires se disent « je vais faire un peu moins de clientèle et je vais consacrer un peu de temps à organiser et coordonner » [...]. En dehors du problème politique de négociation conventionnelle et l'image qu'on se fait du paiement du praticien libéral quel qu'il soit, on peut très bien imaginer que le temps de coordination soit compensé. Toute cette construction des dispositifs de proximité, c'est ça l'enjeu, par rapport à l'évolution des réseaux.* »

Cependant, nombreux sont les RSP à avoir des difficultés de recrutement<sup>66</sup> et il est intéressant de s'interroger sur le parcours des médecins coordonnateurs de RSP qui sont le plus souvent des hospitaliers qui combinent cette activité avec leur fonction de clinicien, ou des médecins ayant une appétence certaine pour l'épidémiologie. Quand bien même ils répondent aux qualités d'expertise et d'organisation, on peut s'interroger sur l'adéquation entre ces profils et la promotion de la fonction, ou la politique d'ouverture vers l'ambulatoire et le médico-social. Est-ce pour cette raison que des réseaux ont choisi de recruter des coordonnateurs administratifs ? L'organisation actuelle met en évidence la difficulté que rencontrent les professions non médicales à inscrire ces nouvelles

---

<sup>65</sup> SCHWEYER FX, LEVASSEUR G, PAWLIKOWSKA T, 2002, *Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes*, Rennes, ENSP, 112p.

<sup>66</sup> Plusieurs des enquêtes 2010 sur les RSP font observer leur recherche de candidat(s)

compétences clinico-organisationnelles dans un cadre universitaire qui leur serait spécifique.

Les représentants des usagers expriment « *le besoin de se recentrer sur l'évaluation des besoins et non sur les structures.*<sup>67</sup> » Ceci explicite assez la difficulté qui existe entre un fondement de coordination d'établissements de santé et la logique actuelle des RSP qui sont inscrits en propre dans les réseaux de santé. Mais, au final, on constate que les patientes n'ont pas de libre choix face au système de travail en réseau, en l'état actuel de l'organisation. La patiente n'a pas conscience d'entrer dans un RSP ou n'a pas d'autre choix. Françoise Molénat<sup>68</sup>, pédo-psychiatre disait ainsi « *on peut voir un thème pointer dans les congrès de périnatalité : « qu'elle place pour les usagers dans les réseaux ? » Merveilleux ! En effet, il existe un risque non négligeable d'institutionnaliser le réseau, qui pourrait entrer en concurrence avec un autre réseau forcément moins bon. En effet, un groupe tend à s'enfermer sur lui-même en se protégeant des autres. Réflexe humain, mais qui relance la question de « l'esprit réseau » dans lequel nous sommes nombreux à tenter de travailler depuis vingt ans et qui nous oblige à tenir compte des la REALITE dans laquelle se trouve chaque famille, les choix qu'elle a faits et qui ne nous arrangent pas toujours. » Travailler pour des usagers qui n'en ont pas conscience et leur organiser leur monde, n'est-ce pas paradoxal ?*

Les besoins de prises en charge adaptées et globales des populations les plus vulnérables (précarité ou éloignement géographique) sont importants. Le cahier des charges des RSP prévoit la prise en compte et la réduction des inégalités pourtant la nouvelle organisation des administrations régionales distingue les prérogatives sanitaires et médico-sociales des affaires sociales. Le pilotage stratégique coordonné des actions de prévention des vulnérabilités comme facteur associé à la santé devient alors difficile. Mais finalement, n'est-ce pas la mission du réseau que de coordonner ces actions dans une prise en charge globale des patients ? C'est donc l'échelon opérationnel qui initie des actions de prévention de la précarité en espérant que le pilotage stratégique soit cohérent. Ce concept est repris

---

<sup>67</sup> Une représentante des usagers est citée ici (lors de la journée de la fédération française des réseaux de santé périnataux de mars 2010)

<sup>68</sup> SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS DE PMI, *périnatalité : les réseaux, entre lien technique et lien social. Nécessité ? Réalités ?*, XXVIIIème colloque du 29 – 30 novembre 2002, Paris, édition Paris : SNMPMI, novembre 2002, 164p

par le médecin DDRASS qui émet l'hypothèse d'améliorations potentielles à cette réforme : c'est « *une clarification des choses avec un vrai renforcement de tous les dispositifs sociaux : avoir des dispositifs sociaux forts sur lesquels on peut s'appuyer et ensuite on construit des ponts. C'est le choix qui a été fait puisqu'il est sorti de l'ARS, bien que les priorités soient de lutter contre les inégalités sociales parce que c'est bien ça qui grève notre résultat. Mais le choix a été de dire, les compétences sont clairement dévolues soit au département, la décentralisation, soit à la protection sociale et cohésion sociale départementaux. Si la séparation permet de renforcer les interventions des gens c'est une bonne chose. Si c'est pour cloisonner, c'est le risque. [...] Votre niveau à vous ne doit pas être impacté, c'est au niveau des décideurs que ça peut jouer. Ils clarifient leurs champs de compétences et de responsabilités, c'est une bonne chose....avec ses interrogations.* »

- ⇒ Les RSP se perçoivent différemment des réseaux de santé dans d'autres spécialités. Leur taille et leurs activités sont les grands facteurs explicatifs. C'est pour cela que l'évaluation, révélatrice de l'organisation, est si déstabilisante. Si on voulait vulgariser ces propos, on pourrait dire que « les RSP ne rentrent pas dans le moule ». De même, la fonction de coordination est spécifique et nouvelle. Peut-être qu'un référentiel métier avec une grille d'évaluation attenante, permettrait une meilleure évaluation des fonctionnements eux-mêmes ? En l'occurrence, les RSP ne sont pas remis en cause parce que, de façon univoque, ils font référence en matière du développement réussi de la communication au service des pratiques. Voyons en quels termes.

### 3.1.2 Réseau : outil de décroisement, exercice flexible ou contractualisé

Concernant la préparation à la parentalité, l'HAS explique que « *la coordination est un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise et leurs compétences [...] <sup>69</sup>.* » Donc, selon les experts, la coordination est un outil au service de la Santé Publique, et, comme nous l'avons vu, elle est encadrée par un cahier des charges qui « accompagnent » les professionnels. Cependant, elle repose aussi sur des usages libres, contraints ou contractualisés. Le fonctionnement d'un réseau semble

---

<sup>69</sup> La réforme de la protection de l'enfance, quel impact pour les sages-femmes ? ; Vocation sage-femme, juin 2008



s'articuler sur trois choses : des hommes, du temps et de la souplesse. Ces éléments ne sont pas toujours concordants des faits politiques.

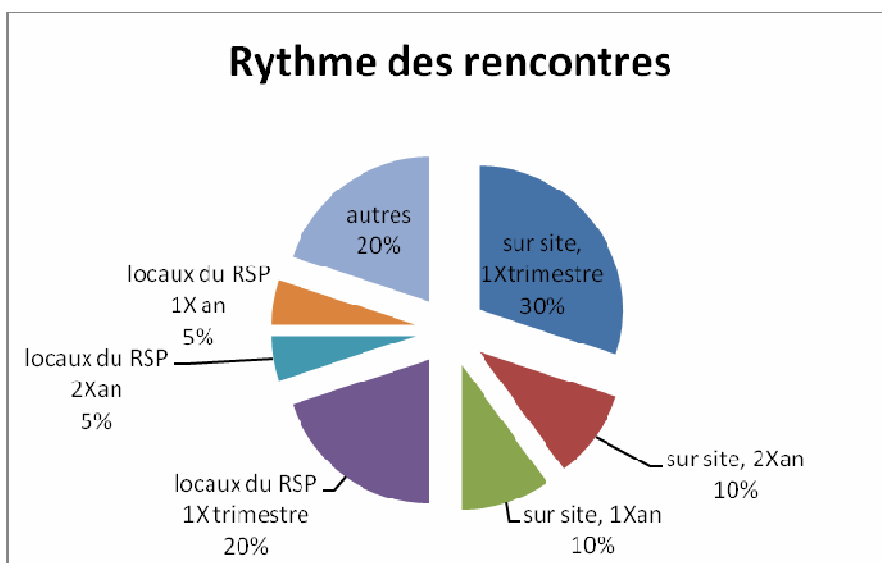
F. Molénat réfléchissait le réseau non pas comme un outil de décloisonnement (décloisonnement étant en soi un terme issu d'un constat initial négatif) mais comme une dynamique collective. C'est certainement ce qui manque pour créer ce lien : la vision collective au service de la patiente. Elle dit « *l'un des objectifs du réseau consiste à proposer un environnement où les places, les rôles et les statuts soient lisibles pour la famille, ce qui constitue déjà un énorme programme [...]. Il est nécessaire de présenter un contexte clair qui permette aux familles de lire leur propre place dans cette structure, leur montrer que nous appartenons à une organisation lisible afin qu'ils éprouvent le sentiment d'exister au sein d'un système cohérent et, si possible, montrant une certaine forme de sollicitude. Cette dernière n'exclut pas de rester vigilant.* » La vigilance, par contre, doit être dans le maintien de ce collectif qui engendrera « émiettement et morcellement » s'il n'est pas réussi. Dans le cas d'échec, « *nous ne pourrions pas agir en tant que tiers. Les parents ne vont que passer de main en main comme ils le faisaient auparavant. Ils ne comprendront pas comment ni pourquoi le système fonctionne ainsi, avec des professionnelles qui se démolissent les uns les autres.* » Cette théorie peut être perçue comme trop psychanalytique mais elle laisse penser au risque d'empilement des procédures « pour » les patientes mais pas « à l'écoute » des patientes.

Les hommes sont initiateurs, ils construisent pour eux-mêmes ou pour la structure qu'ils représentent. Cette élaboration des liens est nécessaire à une bonne coordination. Elle légitime les acteurs professionnels. Le Dr Bernard Topuz<sup>70</sup>, médecin chef de PMI en Seine-Saint-Denis disait « *il ne faut pas sous-estimer l'importance de l'étape initiale consistant à faire connaissance, à créer de la confiance et de l'envie de travailler ensemble. La persévérance est un élément clé. Ayons en tête que lorsque nous arrivons à élaborer des procédures en commun, cela veut dire qu'on a accepté de se dire ce que chacun fait : une grande étape est franchie...* »

---

<sup>70</sup> SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS DE PMI, *périnatalité : les réseaux, entre lien technique et lien social. Nécessité ? Réalités ?*, XXVIIIème colloque du 29 – 30 novembre 2002, Paris, édition Paris : SNMPMI, novembre 2002, 164p

Chaque réseau possède son histoire propre. La confiance énoncée par le Dr B. Topuz s'est élaborée sur le respect, sur des habitudes de travail, sur une culture commune et sur des contraintes partagées. Ainsi, chacun des acteurs se coordonnent sur un **mode flexible**, avec des moyens spécifiques. La flexibilité existe au sein du réseau mais aussi entre réseaux. Les différences sont acceptées ce qui rend l'exercice pluriel. Les modalités de communication et d'échanges sont les plus significatifs de la pluralité des pratiques des réseaux. L'enquête 2010 sur les RSP montre que chacun organise ses échanges selon son mode propre :



Graphique 3

L'organisation des rencontres<sup>71</sup> ne se base sur aucune règle formelle. Les modalités d'organisation sont très variables. Peut-être parce que la définition du rythme efficace ou suffisant n'est pas la même pour tous ?

La communication au sein des RSP se fait selon plusieurs canaux. Toujours issus de l'enquête 2010 sur les RSP, le tableau 7, à gauche, fait un point sur les outils disponibles pour les professionnels ; le tableau 8, à droite, met en évidence les démarches de diffusion de l'information vers les usagers.

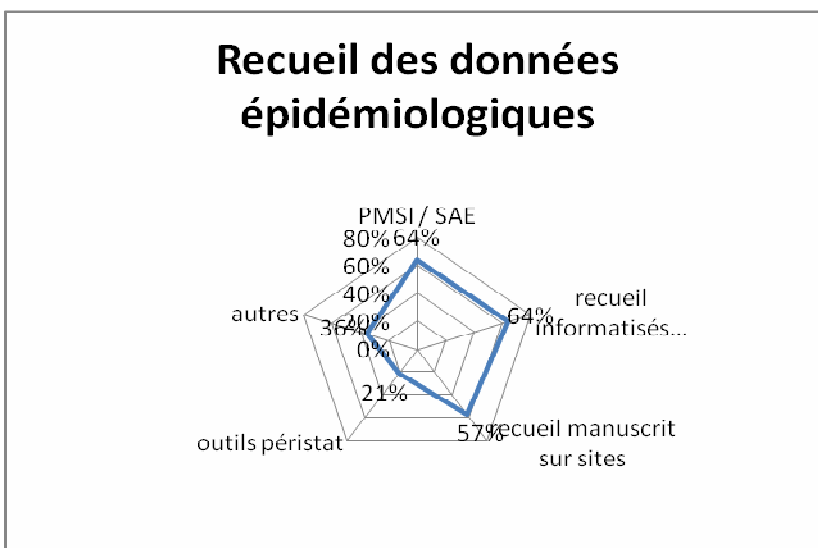
<b>diffusion de l'information auprès des professionnels</b>		
annuaire des professionnels ressources	12	86%
visioconférence	5	36%
édito du réseau	7	50%

<b>diffusion de l'information auprès des usagers</b>		
missions du réseau	10	71%
annuaire des professionnels ressources	7	50%
éducation en santé	6	43%

<sup>71</sup> L'item « autres » correspond à deux réponses 1 fois par mois, une réponse deux fois tous les deux mois, une réponse plus de 100 fois par an.

Même si on pensait que les acteurs du réseau s'identifiaient correctement et avaient un outil de centralisation des adresses des professionnels, ça n'en est pas le cas pour tous. Pour un des réseaux concerné, cela n'est pas dû à un manque d'intérêt pour l'outil mais à la difficulté de maintenir une équipe complète de coordination. Le turn-over retarde la construction intrinsèque de la structure et donc sa bonne préhension du terrain. Les usages précédents répercutent sur les adhérents-patients.

L'absence d'uniformisation des systèmes d'information impose aussi la flexibilité de l'utilisation des outils de recueil de données. Les réseaux proposent des outils : le RSP étudié a mis à disposition des tableaux de bord d'évaluation clinique. Le plus souvent, on constate qu'ils mutualisent plusieurs sources d'indicateurs (graphique 4 ci-dessous issu de l'enquête 2010 sur les RSP). Je perçois ici la nécessité pour les réseaux de réaliser ce travail de recherche sans surcharger les équipes et les professionnels de procédures chronophages et rébarbatives.



Graphique 4 :

Il peut y avoir cumul d'outils pour un même RSP (ex. : recueil manuscrit + recueil informatisé). Les « autres » sont : Certificat de Santé du 8<sup>ème</sup> jour (CS8), le certificat d'issue de grossesse, la DDASS, l'URCAM, un progiciel.

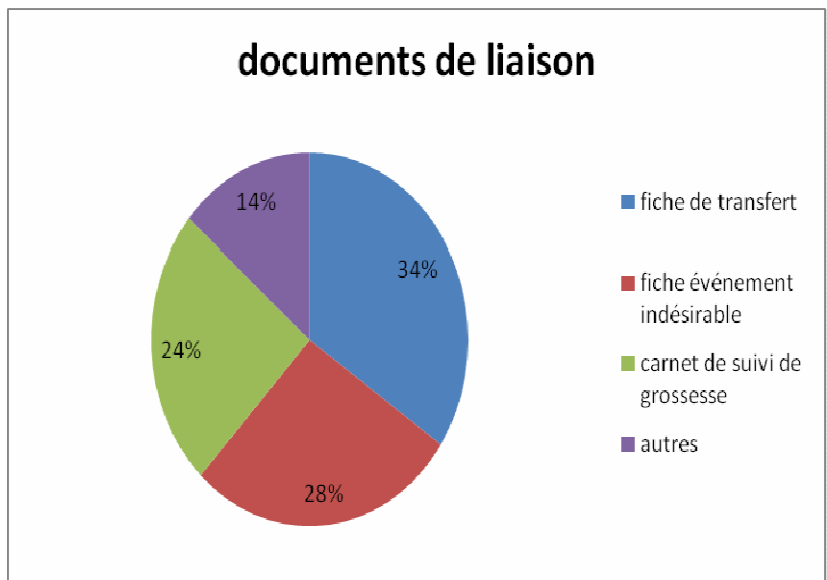
Il est important de noter que peu de réseaux possèdent un dossier médical partagé (36% de dossier partagé papier et 29% de dossier partagé informatique).

Les RSP s'adaptent aussi aux besoins des professionnels et se fixent des priorités. La finalité de ce type de procédure est de résoudre les difficultés des acteurs et d'améliorer les pratiques. La mise à disposition des outils est très polymorphe sur le territoire. Le graphique 5<sup>72</sup>, ci-après, exprime la variabilité des pratiques :

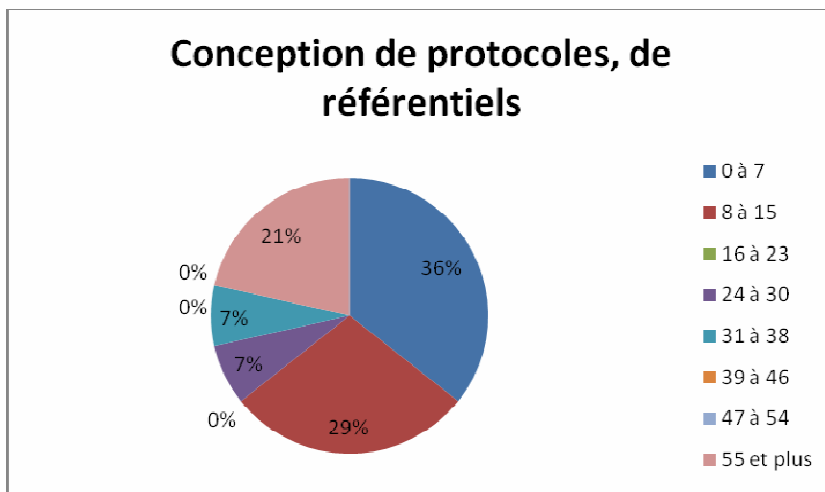
<sup>72</sup> Enquête 2010 sur les RSP

L'utilisation du carnet de suivi de grossesse dépend des conseils généraux (ils en assurent la promotion, l'impression et la diffusion). La mise à disposition n'incombe donc pas aux RSP mais ils peuvent en être facilitateurs de par l'information délivrée aux professionnels.

L'item « autres » correspond à des fiches d'évaluation de la satisfaction, à des livrets d'informations, à des fiches de liaison PMI ou EIPP



La gestion et la création des référentiels et des protocoles ne suivent pas un rythme identique partout. Cinq RSP disent en posséder de 0 à 7, deux déclarent en produire 0 à 7 par an, trois en ont 55 ou plus et un réseau en a créé 87 ! Il est vrai que certains RSP se sont, par exemple, prioritairement axés sur des prises en charge plus sociales (comme en Ile de France). C'était LA priorité de santé publique sur leur territoire. Dans ce cas, il est bien évident que le protocole de surveillance du diabète gestationnel est secondaire (exemple purement imaginaire).



Graphique 6

Par contre, certainement faute de temps, seuls 21% des RSP évaluent fréquemment ses protocoles ; 36% déclarent le faire rarement.

La formation continue est largement assurée par les RSP. Les modalités pratiques varient puisque 86% des RSP les réalisent sur site demandeur, alors que 71% le sont dans leurs locaux. Des journées événementielles sont organisées pour les professionnels à 86% mais pour les usagers dans seulement 29% des cas. Il sera évoqué ultérieurement la difficulté

des RSP à trouver des solutions de participation des usagers ou d'organiser pour eux des événements mobilisateurs. Un fait marquant est pourtant à souligner : la mobilisation importante de la coordination de Guyane à animer des réunions d'information sur l'allaitement maternel pour réduire la mortalité infantile. Quand les enjeux de santé publique sont majeurs et ciblés, les actions sont possibles et rassemblent. C'est peut-être la particularité des déterminants de santé, flous, dilués qui rendent nos actions si compliquées en métropole.

Le tableau 9<sup>73</sup> montre qu'une grande variabilité des pratiques existe en matière de recherche et d'évaluations :

études, recherches	8	57%
évaluations des pratiques cliniques	7	50%
études rétrospectives des cas difficiles	8	57%

L'évaluation des pratiques cliniques est certainement redistribuée aux établissements et aux organismes d'audit, d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Les pratiques tendent à évoluer mais le secteur sanitaire est peu habitué à la pratique d'études rétrospectives des cas difficiles. Le temps manque, la rémunération aussi.

Globalement, les problématiques récurrentes<sup>74</sup> ou les projets des réseaux relèvent de plusieurs axes :

- Un axe transversal correspondant aux missions propres des RSP ou de la structure :
  - o la mise à jour des annuaires, création d'outils
  - o la formation continue
  - o la gestion compensatrice de la surcharge de travail
  - o la mise en place du réseau d'aval
  - o le décloisonnement et l'implication des médecins généralistes
- Un axe de prévention des vulnérabilités :
  - o l'addictologie est citée quatre fois
  - o les problèmes sociaux sont une problématique majeure des RSP
  - o l'allaitement maternel, enjeux de santé publique depuis plus de vingt et dont les progressions se heurtent aux lobbyings
  - o les mineures et la grossesse
- Un axe politique et stratégie :
  - o la démographie médicale
  - o une perception d'un cahier des charges trop étoffé (deux)
  - o un accompagnement **nécessaire** pour le Dossier Périnatal Partagé : il est souvent fait mention d'un manque de leader

<sup>73</sup> Toujours issu de l'enquête 2010 sur les RSP

<sup>74</sup> Ces informations sont issues de l'enquête 2010 sur les RSP

- Un axe fonctionnel :
  - o les revues de morbidité et l'accompagnement du deuil
  - o la comorbidité psychiatrique ou pédo-psychiatrique
  - o les accouchements à domicile
  - o les IVG, contraception et procréation médicalement assistée
  - o la mise en place du dépistage des anomalies chromosomiques
  - o la prévention de la surdité.

Les problématiques sont concomitantes de l'histoire des RSP, de l'avancée des travaux antérieurs et de leur réussite. Il n'y a pas de schéma type ou d'organisation modèle. Les RSP ne sont que le reflet de difficultés locales aménagées et négociées avec les tutelles. La **contractualisation** semble dépendre de tous ces facteurs, intrinsèques et individuels. Même si RSP tendent à s'institutionnaliser, ils sont dépendants de leur « jeunesse » et de leur flexibilité, ce qui les rend uniques et adaptés à leur contexte.

En cela, on peut dire que le temps fait son œuvre mais le travail n'est pas abouti. Le suivi en p rinalit  est particulier parce que, par définition, il tient compte de l'amont et de l'aval de l'accouchement. Il doit donc reposer impérativement sur un réseau ville-hôpital. De nombreux acteurs interviennent au cours de ces deux phases : les professionnels libéraux, de PMI, les professionnels des établissements publics et privés. Or, en 2003, 91% des maternités appartiennent à un réseau p rinal mais seulement 41% à un réseau ville-hôpital. En 2010, toutes les régions sont couvertes par un RSP. Ce n'est qu'à ce stade de couverture nationale que la contractualisation sous forme de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ne pouvaient se faire (prochaine étape, il me semble dans la gestion des RSP).

Les liens avec la ville sont encore difficiles mais la volonté est présente de progresser en ce sens. Les professionnels pensent avoir une collaboration plus performante parce qu'ils se connaissent mieux. L'enquête de p rinalit  objective ce constat subjectif dans les termes suivant « *meilleurs liens entre les différents acteurs, conduites plus standardisées, [...], ainsi que les possibilités d'orientation et de transferts adaptées des patientes ou des nouveau-nés. La qualité des structures ou des référents est volontiers soulignée.* »

La problématique de décloisonnement ville-hôpital est prégnante et, comme le dit un coordonnateur de RSP, « *notre plus grande difficulté actuelle réside dans la création d'un réel réseau « Ville / hôpital », (actuellement nous sommes plus dans un réseau « hôpital / Ville »). Nous avons du mal à intégrer les libéraux, même si nous y arrivons de plus en plus* ». Il existe une difficulté majeure à articuler les secteurs d'exercice sanitaires, médico-sociaux et ambulatoires. L'histoire est encore trop marquée par des spécificités que chacun

revendique comme un repère indéfectible dans un monde mouvant et déstabilisant. Ceci est appuyé par les propos du médecin DRASS : « *les libéraux sont formés sur un exercice individuel [...]. Pour eux, le réseau a une définition de réseau de correspondants. On ne leur a jamais expliqué que travailler en réseau ce n'est pas la même chose....[...]Parce que ça tourne autour de ça l'organisation en réseaux. Est-ce que les établissements de santé sont en position d'organiser les réseaux ambulatoires ? Non. Ce n'est pas leur boulot.* » Gageons sur l'exemplarité de certains pour convaincre les réticents. Le travail de décloisonnement est un « travail de fourmi », long, difficile. Il se heurte à une culture professionnelle forte, à des obstacles non prévisibles qui nécessite, pour être surmonté, de la tempérance, de la patience et la survenue de moments opportuns. Dès lors « *l'intérêt des réseaux est de conjurer l'émiettement et les incohérences du système. [...] Le travail en réseau transgresse beaucoup de normes établies et représente une organisation du travail différente dont la généreuse ambition ne suffit pas à surmonter les difficultés. [...] Un réseau est une forme souple et originale d'organisation horizontale*<sup>75</sup>. »

Le terme précité, **articulation**, requiert une précision car il explicite bien l'évolution vers une nécessaire transversalité des politiques, des réponses institutionnelles, des professions, des formations, dans les domaines de la santé ou de l'action sociale et médicosociale. Ainsi, la pratique de coordination ne se résume pas à la signature de conventions<sup>76</sup>. Le décloisonnement suppose que les différents professionnels se connaissent, apprennent à travailler ensemble et qu'ils coordonnent leurs actions autour de projets communs. Il importe que soit pensée cette coordination et que les niveaux de travail en commun soient parlés et sans cesse interrogés. Il faut que des cultures différentes se rencontrent et que chaque catégorie professionnelle soit en mesure d'intégrer la logique d'action des autres.

La notion de culture<sup>77</sup> et de spécialisation<sup>78</sup> dans un champ, n'est que le résultat d'un cheminement historique et politique qu'il est essentiel de reconsidérer aujourd'hui (surtout dans un contexte financier difficile qui obligent à optimiser les moyens, à éviter le doublons, à être à la fois plus efficace et plus efficient). A ces sources de cloisonnement

---

<sup>75</sup> SCHWEYER FX, LEVASSEUR G, PAWLIKOWSKA T, 2002, *Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes*, Rennes, ENSP, 112p.

<sup>76</sup> MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL, 2007, *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*, Rennes, ENSP, 116p.

<sup>77</sup> Culture : résultat d'une socialisation professionnelle

s'ajoutent les effets de la Réforme de 1958 (ordonnances) qui, en instaurant les temps pleins pour les praticiens hospitaliers a séparé la ville de l'hôpital. La séparation du sanitaire et du social est, quant à elle, inscrite dans la loi de 1970 portant sur la réforme hospitalière (la DHOS a un homologue, la DGAS). La loi de 1975, qui est en quelque sorte le pendant de la loi de 1970 dans le champ social, introduit la notion de médicosocial, notion hybride témoignant déjà des difficultés pratiques qu'une stricte séparation induirait. Le cloisonnement s'est poursuivi par la construction des politiques sociales sur un mode sectoriel et vertical, par la structuration des professions et métiers tributaires de ces politiques, par des référentiels sectoriels. Les réformes successives de décentralisation n'ont pas cassé cette logique verticale. Tout ceci explique que les responsabilités croisées perdurent.

Comme nous l'avons précédemment abordé, les conséquences de la précarité sur l'état de santé des populations sont devenues une composante à part entière des « situations à traiter » en pluridisciplinarité. Les problématiques de santé sont en augmentation dans les services sociaux. Inversement, les praticiens rencontrent des patientes qui se trouvent en difficulté pour se soigner. Le décroisonnement est primordial. Cependant, comme la fusion du sanitaire et du social peut entraîner une intrusion dans la vie privée de l'usager (questions éthiques et déontologiques), il est nécessaire d'élaborer une compréhension mutuelle de l'intérêt et des besoins des usagers. A ce titre, le sens de l'intervention professionnelle de l'autre se fonde sur le respect de son savoir faire, motivant ainsi la volonté de coopération entre acteurs de compétences différentes mais engagés dans une même mission. Une sorte de contractualisation tacite existe entre les professionnels.

Ainsi, s'il est possible de surmonter le cloisonnement, c'est en tenant compte de la réalité du champ d'application des autres domaines et des autres compétences que les siennes propres. L'enjeu est de mobiliser les compétences complémentaires et de reconnaître ses limites et celles des autres. L'articulation impose au coordonnateur d'être en capacité de discerner l'intervention qualifiée nécessaire et de faire appel au professionnel correspondant. Il s'agit bien là de concevoir une véritable coopération. Ce « passage de relais » s'intitule aussi « **transprofessionnalité**<sup>79</sup> ».

---

<sup>78</sup> Spécialisation : dynamique et mouvements sociaux au sein d'un groupe de professionnels

<sup>79</sup> La transprofessionnalité est liée notamment à l'articulation sanitaire et sociale, elle permet à des professionnels à l'identité fortement affirmée de savoir, pour un problème déterminé, à quel type d'apport il pouvait s'attendre de la part de quel professionnel - MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL, 2007, *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*, Rennes, ENSP, 116p.



Il semble que le problème puisse donc être de l'ordre d'une imprégnation à une culture de soins segmentés ou, parfois, une volonté d'omnipotence qui suggère que l'on n'a pas besoin des autres. Les réseaux doivent dépasser ces facteurs causaux pour articuler de façon optimale des soins dans une démarche de prise en charge globale.

En outre, l'efficacité des RSP en matière de connaissance élargie des partenaires, connaissance de l'offre de soins et des modalités de permanence des soins en périnatalité permet d'avoir un levier d'action pour piloter des missions qui ne trouvent aucun recours organisationnel autre. Plusieurs exemples sont à citer.

Les IVG sont actuellement délaissées dans certains bassins de vie pour de multiples raisons : rémunération insuffisante, clause de conscience. Les RSP ont donc été missionnés pour coordonner les prises en charge alors que périnatalité et IVG pourraient être perçues comme des mondes opposés. Pourtant les professionnels des réseaux considèrent, pour la majorité, que c'est le prolongement logique de leur activité et qu'ils sont à même de suppléer la coordination autour des centres de planification et des plateaux techniques. Un champ non couvert de santé publique l'est désormais.

On remarque aussi dans notre cas, que les addictologues ont compris l'intérêt qu'ils avaient à mutualiser leurs forces avec les RSP afin d'élaborer un projet de prévention et d'amélioration des pratiques. Le RSP est inscrit dans tous les établissements du département et entretient des liens avec de nombreux acteurs qui peuvent être communs au secteur de l'addictologie. Une articulation est donc en cours d'instauration pour développer un partenariat actif et pérenne. Les forces des uns participeront aux efforts des autres et vice et versa.

En dernier lieu, considérons la demande du Conseil Général qui a souhaité que le RSP organise une journée sur le référentiel métier sage-femme car les sages-femmes de PMI voulaient faire le point sur leur pratique. Le RSP a répondu par l'affirmative à la réalisation de cette journée mais cela n'a pas été sans questionnement sur l'adéquation de cette demande au regard des missions propres.

- ⇒ Les réseaux de santé sont pluriels et uniques. Leur exercice est flexible et adapté à leurs réalités locales. Pour l'instant, ils contractualisent peu, si ce n'est avec leurs tutelles de région. En cela, ils ne peuvent être interrogés que sur les

spécificités de leurs actions et sur les résultats obtenus en termes de coordination. Il est évident que les constats sont partagés entre insuffisance de communication des acteurs et moyen de construction de liens par diverses formes d'exercices. En tout état de cause, il faut être conscient que les réseaux sont régis par plusieurs influences positives ou négatives : le charisme de ses coordonnateurs, le temps long et nécessaire pour l'acculturation et une vision élargie, globale de la prise en charge des patients, en transprofessionnalité. Les limites peuvent devenir floues du fait de l'élargissement de l'exercice.

### ***3.2 Mise en œuvre de palliatifs au jeu d'acteurs : la coopération comme un processus sans cesse à renforcer***

#### **3.2.1 Coordination ambivalente : un positionnement, des outils**

Comme nous l'avons vu, le réseau tente de redessiner une structure d'organisation autour de la Santé<sup>80</sup>, c'est-à-dire dans la prévention de la pathologie et de ses déterminants. Cependant, la coordination entre établissements de santé et professionnels libéraux reste difficile. Chacun possède sa vision propre de la Périnatalité et se trouve absorbé par un quotidien chronophage...même si dans les faits, l'adhésion à un réseau de santé devrait faire gagner du temps.

Les représentations, les résistances, les jeux d'acteurs, dans leur dimension sociologique doivent être abordés. Chacun dans son secteur d'exercice éprouve des satisfactions mais aussi des insatisfactions à coordonner les forces. Ces ressentis créent des émulations autour de l'idée de partage et, à contrario, des tensions, des résistances, des incompréhensions dans l'organisation sanitaire. Le réseau doit être garant de la diminution des tensions et favoriser le partage et la complémentarité.

En outre, il n'est pas envisageable d'omettre le fait qu'il y a un retard considérable en matière de technologie d'information et de communication : à ce jour, les outils sont inadaptés, non harmonisés, non interactifs. Le dossier médical commun, dans notre cas, le dossier périnatal partagé (DPP) ne voit pas le jour pour des raisons opaques : non budgétisation ou résistances au titre de l'autonomie ?

---

<sup>80</sup> La santé selon la définition de l'OMS ; cf. précédemment

L'analyse des trajectoires professionnelles des promoteurs de réseaux montre combien ils apparaissent progressivement comme des leaders d'équipes, médiateurs entre le monde hospitalier et le monde ambulatoire. FX. Schweyer parle de « personnalité charismatique. » Les RSP doivent intégrer les centres périnataux de proximité, les structures de PMI, les sages-femmes libérales, sans oublier les médecins généralistes, les acteurs du champ médico-social. Or, peu de RSP se distinguent par la présence, en leur sein, d'une personnalité médiatrice suffisamment diserte pour combler le retard en matière de coopération ambulatoire / institutionnel.

Le poids des représentations reste omniprésent dans les relations professionnelles du monde de la santé, notamment entre libéral et institutionnel : « *il existe une distance entre le monde des hospitaliers et celui des généralistes*<sup>81</sup> ». La plupart des motifs de retrait concerne la sauvegarde de l'autonomie d'exercice, l'a priori sur d'éventuelles relations inévitables avec risque de domination. En réunion de protocoles, un médecin généraliste dit « *si vous voulez des généralistes, il faut leur donner l'impression qu'ils sont intelligents.* » Nous sommes dans un monde concurrentiel équilibré mais personne n'ose prononcer ce mot. Ainsi, la crainte du détournement de clientèle persiste et enlève les pratiques dans un protectionnisme irraisonné. L'enquête de périnatalité met en évidence qu'après « *un séjour en service de grossesses à risques, le médecin habituel de la patiente peut se voir exclu du suivi : cet aspect est vécu par quelques professionnels comme un « détournement de clientèle ».* Manifestement, tout le monde n'a pas le même point de vue sur « *qui fait quoi ?* » dans le cadre de la surveillance des grossesses à risques. »

Force est de constater que les acteurs souhaitent conserver leur autonomie propre. A ce titre deux autres exemples sont marquants : celui du projet PPS (Programme Personnalisé de Santé planifiant un parcours type pour le patient, comportant des médecins ou des équipes référents. Ce parcours soins inquiète certains praticiens qui se sentiraient exclus de la prise en charge) et de la mise en œuvre de la nouvelle réglementation en matière de dépistage anténatal d'anomalies chromosomiques. Dans les deux cas, la résistance à la formalisation de la coordination des soins est l'expression de la dualité de l'exercice : d'une part le protectionnisme autour des notions de confraternité, du caractère personnel de

---

<sup>81</sup> SCHWEYER FX, février 2010, « chapitre 16 – l'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé », in BLOY G, *Singuliers généralistes ; sociologie de la médecine libérale générale*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 283-305

l'exercice et du non détournement de clientèle, d'autre part le parcours de soins identifié dans un réseau ou une filière. Pourtant le code de déontologie des médecins s'est adapté par l'article 68. Comme le dit le médecin DRASS : « *les libéraux sont formés sur un exercice individuel et leur modèle, c'est l'exercice individuel. Pour eux, le réseau a une définition de réseau de correspondants.* » Un médecin modérateur de colloque<sup>82</sup> dit aussi « *j'avais appris au cours de mes études, puis dans ma pratique de médecin, la nécessité de travailler avec des « correspondants ». Pendant toutes mes années de travail en PMI, j'ai appris à travailler avec des « partenaires ».... Nous restions dans l'humain... Puis est arrivé le travail en réseau associant correspondants et partenaires, auxquels il faut ajouter la technologie de l'informatique... »*

La FFRSP a reçu délégation de l'organisation de la nouvelle législation en matière de dépistage des anomalies chromosomiques. Les conditions de réalisation reposent désormais sur la combinaison d'une prise de sang à un terme de grossesse déterminé et le calcul de l'épaisseur de nuque à l'échographie aux mêmes périodes. Les revendications multiples sont venues du fait que seuls ne peuvent réaliser ces examens que les laboratoires labellisés et les praticiens ayant menés une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) « calcul de la clarté nucale ». Chaque échographiste reçoit un code barre lui permettant d'apposer la traçabilité de sa compétence, code barre qui autorise le laboratoire d'analyse médicale à combiner le résultat sanguin au résultat échographique. Le problème repose donc sur la mise à disposition des médecins généralistes et spécialistes de la liste d'échographistes agréés pour qu'ils sachent vers qui orienter les patientes. La décision est prise de mettre cette liste régulièrement à jour sur les sites des RSP et de la rendre disponible aux patientes. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins estime que cette liste des médecins échographistes accessible sur les sites « ne répond pas aux besoins des patientes » (risque que d'autres patients que les femmes enceintes y aient accès). Cette réponse a révolté les associations d'utilisateurs qui ont sollicité le Ministère de la Santé, qui a lui-même renvoyé sur la FFRSP. Dans ce cas, la décision collégiale d'inscription sur les sites est validée après évocation du risque de pertes de chances pour les patientes si elles n'ont pas accès aux échographistes agréés. En sus, il est noté l'exemplarité des radiologues qui possèdent une liste agréée en matière de dépistage de cancer du sein. Malgré une

---

<sup>82</sup> SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS DE PMI, *périnatalité : les réseaux, entre lien technique et lien social. Nécessité ? Réalités ?*, XXVIIIème colloque du 29 – 30 novembre 2002, Paris, édition Paris : SNMPMI, novembre 2002, 164p

législation claire et les réseaux qui prennent en charge les modalités d'adaptation des pratiques, il n'est pas aisé de voir une culture professionnelle évoluer aussi facilement.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les médecins libéraux sont très difficiles à mobiliser<sup>83</sup>. Ils ont le sentiment d'être des recours plus que des partenaires des établissements de santé. Les médecins généralistes subissent une institutionnalisation progressive de leur activité depuis 2002<sup>84</sup>, les réseaux de santé devenant des outils de régulation (« participation observante »). Le contrôle monte en charge : évaluation des pratiques professionnelles, recommandations de bonnes pratiques, groupes qualité,... Tout ceci correspond à une réforme profonde du monde libéral. Or, ils sont très attachés à leur exercice autonome et le réseau de santé, dès l'instant où il est financé, échappe à l'autonomie du fait des résultats à transmettre, des délais de réponse, des contrats.

La difficulté d'un médecin généraliste au sein d'un réseau consiste en son appréhension du contrôle : FX Schweyer dit ainsi que « *le problème du pilotage d'un réseau consiste à trouver une voie intermédiaire entre un réseau informel et qui préserve la liberté des médecins généralistes dont les activités ne sont pas évaluées, et une organisation officielle et administrée* ».

Leurs valeurs ont toujours été de trouver un équilibre entre indépendance et offre de soins de qualité et équitable. C'est pour cela que les avis sont partagés quant au bien fondé des réseaux : avantages pour le patient pas immédiatement perceptible, organisation lourde et contraignante, et, a contrario, de meilleures prises en charge pour les patients (surtout dans les maladies chroniques comme le diabète). Le réseau n'a de sens, pour eux, que s'il répond à un besoin de santé non satisfait. Or, la périnatalité est une spécialité particulière, de proximité, dans laquelle les référentiels de prises en charge satisfont le besoin, où la hiérarchisation des soins sécurise la naissance et, à ce jour, où les médecins généralistes sont inscrits de manière non homogène. Certains passent très vite le relai du suivi au gynéco-obstétricien ou à la sage-femme et ne participent plus au parcours de soins. Ce peut être aussi le choix de la patiente. En ces termes, pourquoi souhaiteraient-ils s'inscrire dans un réseau de périnatalité ? Tout ceci peut expliquer leur faible implication<sup>85</sup>. A mon sens, l'idéal reste le libre choix.

---

<sup>83</sup> Répartition des difficultés de mobilisation abordée dans le paragraphe 2.2.1

<sup>84</sup> SCHWEYER FX, février 2010, « chapitre 16 – l'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé », in BLOY G, *Singuliers généralistes ; sociologie de la médecine libérale générale*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 283-305

<sup>85</sup> Comme nous l'avons dit en début de document : 53 médecins généralistes adhérents sur 900 dans le département.

Les réseaux de santé deviennent stratégiques pour délier les nœuds de communication perceptibles entre les acteurs : les a priori et les non dits doivent être levés. A titre d'exemple, afin de répondre à sa mission de décroisement, le RSP étudié s'est appuyé sur les Entretiens Périnataux Précoces (outil) et sur les recrutements des membres des réseaux (ressources humaines adaptées).

Comme l'essence même de l'entretien périnatal précoce est de favoriser la prévention et l'articulation des acteurs autour de la vulnérabilité détectée chez la patiente, il était important d'avoir des catalyseurs institutionnels neutres voués à améliorer la communication et les échanges. Le choix s'est porté sur le recrutement par le réseau de psychologues réparties sur plusieurs sites avec un temps de coordination destiné à la revue rétro-active des dossiers difficiles. Ils doivent faire le lien avec les autres acteurs médicaux, sociaux, PMI ... Ce choix se différencie des pratiques de certains autres RSP qui ont préféré allouer directement aux établissements des enveloppes qui étaient gérées de façon autonomes et sans coordination objectivée. Les finalités étaient les mêmes mais la mise en œuvre différente. A noter, comme nous le disions en tête de rédaction, ce projet a été validé par la CRN et par l'ARH, mais que l'ensemble a nécessité deux ans de négociations !

Les recrutements doivent, en outre, répondre à des profils particuliers : les candidats doivent avoir une grande capacité aux relations interpersonnelles. En outre, les coordonnateurs de proximité doivent s'adapter au milieu médical et ne pas être « menaçant » (qu'ils ne détiennent pas une expertise supérieure, qu'ils ne prennent pas une clientèle en remettant en cause leur pouvoir de décision...)<sup>86</sup>.

Tout ceci nous amène à considérer le coordonnateur comme un expert en communication qui doit mener une stratégie de « séduction » afin de proposer aux futurs partenaires réfractaires des conditions intéressantes « d'adhésion à la cause ». Il faut que chacun puisse savoir ce que l'autre peut apporter. La coordinatrice du réseau explique que les généralistes attendent des outils. Elle leur répond que « *pour construire des outils, il faut savoir quels sont les besoins.* » Elle leur propose d'être à leur écoute pour les construire avec eux. « *Le réseau ne fonctionne pas si il n'y a pas d'adhérents.* »

---

<sup>86</sup> ROBELET M, SERRE M et BOURGUEIL Y, 2005, « la coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *RFAS* n°1, pp 233-260

La stratégie se heurte souvent aux **représentations**. Cette théorie est d'autant plus vraie dans le cas des médecins libéraux. A défaut d'une représentativité collective affirmée, les médecins ont élaboré une sorte de bouclier informel qui les soudent et rallie les valeurs, les croyances, la culture commune, c'est le « noyau stable »<sup>87</sup>, « l'ancrage social<sup>88</sup> ». Or l'adhésion aux RSP ne semble pas comporter les propriétés positives correspondant au cadre de référence stable. Ce mécanisme d'influence et de subordination aux normes de groupe entraîne la stabilité des représentations du travail : il permet la maîtrise de l'environnement. Les représentations possèdent quatre fonctions : identitaire, cognitive, orientation de l'action et la justification des pratiques.

Les représentations peuvent être changeantes et avoir un sens multiple. Cependant, certains disent qu'il faut cinquante ans pour changer les représentations. La génération future vivra la coordination en périnatalité sereinement !

Les réseaux de santé sont avant tout composés d'hommes mais ils dépendent beaucoup des **outils de communication**. En 2010, le dossier périnatal partagé n'est toujours pas fonctionnel faute de financements. L'enquête 2010 sur les RSP indique qu'une minorité de réseaux possède un dossier partagé ; le tableau 10 en fait état :

<b>dossier périnatal partagé</b>	5	36%
informatisé	4	29%

Les professionnels de la périnatalité communiquent toujours via des courriers manuscrits, organisant le suivi des dossiers par recopiage ou photocopie. La visioconférence n'est pas encore démocratisée. Le recueil de données statistiques ne repose pas encore complètement sur le PMSI, chacun alimente un fichier excel ou de multiple cahiers pour partager annuellement les indicateurs avec le RSP.<sup>89</sup> Peut-on considérer que ce sont des outils facilitant la coordination ? La sécurité impose une organisation des maternités en différents niveaux mais faudrait-il aussi qu'elle assure un fonctionnement parfait en réseau inter-établissements et avec les professionnels via un véritable réseau d'échanges d'informations

---

<sup>87</sup> Voir MOSCOVICI S, juin-juillet 1998, « comment voit-on le monde ? Représentations sociales et réalités », *Sciences Humaines HS* n°21, pp 11-13

<sup>88</sup> Voir DORTIER JF, juin 2002, « l'univers des représentations ou l'imaginaire de la grenouille », *Sciences Humaines* n°128, pp 24-30

<sup>76</sup> Cf. chapitre 3.1.2

(dossier commun, télémedecine, etc.). La permanence de certains soins très techniques implique son adéquation avec les systèmes d'information !<sup>90</sup>

En fait, la mise en œuvre d'outils efficaces de communication est retardée du fait du tissage liens de confiance non aboutis. On pourrait parler de coordination forcée. Selon F-X. Schweyer, « *les réseaux qui « fonctionnent » ne font que systématiser des liens qui existent déjà, ils ne les créent pas.* » Christian Bourret<sup>91</sup> estime aussi que, pour réussir une bonne coopération et communication au sein d'un RSP, il faut trois conditions : une convergence de la volonté de coopérer (valorisation des contributions, confiance, etc.), savoir coopérer (apprentissage et capitalisation progressive, représentations partagées, conception d'outils communs, maîtrise des Technologies de l'Information et de la Communication) et pouvoir coopérer (instances de régulation, méthodes, équipements notamment TIC, etc.). A ce jour, les RSP sont loin de pouvoir réunir ces conditions. Comme nous l'avons vu, les réseaux de santé sont jalonnés de phénomènes de représentations sur les pratiques de l'autre, sur ce qu'on peut percevoir de ses propres compétences, sur la potentialité de dangers et conduisent à des stratégies individuelles. De plus, chacun des acteurs institutionnels et humains des réseaux de santé dispose désormais de systèmes d'informations (systèmes d'informations hospitaliers, logiciels de gestion de cabinet médical, etc.) y compris le patient lui-même et ses nombreux dossiers informatisés entrant ou non dans le Dossier Médical Partagé (DMP). Les RSP doivent convertir ces pratiques en relations coopératives et collectives : ils doivent prendre la fonction de « passeurs », acteurs permettant d'assurer ces intermédiations grâce à des compétences informationnelles et communicationnelles, en dépassant les cloisonnements. Or, quand on constate que les conditions ne sont pas appliquées, on peut penser que les professionnels ne sont pas encore prêts pour le partage de l'information et les nouvelles technologies de communication.

Christian Bourret aborde lui aussi la théorie de la suspicion du contrôle (par l'État ou par les caisses d'assurances sociales) comme un autre facteur de résistance ou d'appréhension. La rencontre des réseaux de santé et des TIC suppose la confiance de tous les utilisateurs

---

<sup>90</sup> Fabrice Pierre, PIERRE F, Gynécologue obstétricien, CHU Poitiers, décembre 2007 – mars 2008, « Les maternités au sein du réseau périnatal, organisation actuelle et enjeu à venir », *ADSP* n° 61 / 62, pp 53-57

<sup>91</sup> BOURRET C, maître de conférences en sciences de l'information et de la communication au laboratoire IDIT (Information Décision Intelligence Territoriale) de l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée, 2008, « les réseaux de santé ou la rencontre de la santé et des TIC pour décloisonner le système de santé français », *tic&société*, vol. 2, n°1, <http://ticetsociete.revues.org/396>



dans les nouveaux outils TIC et la levée des peurs sur leurs usages possibles pour contrôler et limiter les soins (les rationner au lieu de les rationaliser). La confiance dans les nouveaux dispositifs techniques devra se construire progressivement à trois niveaux : celui de la fiabilité de l'outil, des usages qui en seront faits et de sa valeur ajoutée.

N'oublions pas non plus que les TIC favorisent l'information des patientes et qu'elles troublent les relations patients-médecins : le déséquilibre du savoir ancestral du médecin évolue vers une place reconsidérée de l'utilisateur comme acteur « plus savant », moins profane donc ayant des revendications potentielles. Ceci, inquiète les médecins et trouble la communication<sup>92</sup>.

⇒ La coordination est un exercice difficile parce qu'elle oblige à mutualiser les forces de personnalités singulières, à l'historique différent et avec des attentes spécifiques. Outre l'analyse du jeu d'acteurs, le coordonnateur doit mobiliser des stratégies de compensation des déficits de communication pour élaborer des valeurs de communauté périnatale. Ce n'est qu'à ce titre que les outils logistiques (TIC) ne pourront se déployer et être efficaces.

Cependant, il est toujours nécessaire de garder à l'esprit la finalité de la mission, en l'occurrence, la coordination des soins autour des patients. Ces patients sont acteurs du système et jouent donc un rôle majeur : héros de la naissance ou victimes des dysfonctionnements, il est difficile d'évaluer leur satisfaction et leur besoins. Le chapitre suivant s'attachera à essayer de comprendre quelle place leur est donnée.

### 3.2.2 La place des usagers : le rôle de chacun

La question de la place des usagers est difficile parce qu'autant les tutelles insistent sur la nécessité de représentativité des usagers, autant il semble que personne n'ait de « recette miracle » diffusable à tous en matière d'outils de représentativité de ceux-ci. Les attentes sont divergentes, pourtant elles peuvent parfois « centrifuger les forces ». De leur côté, les usagers sont souvent mobilisés de façon courte dans le temps parce que « *on n'accouche*

---

<sup>92</sup> JACQUES B, 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, puf, 209p.

*pas dix fois, et les enfants grandissent*<sup>93</sup> ». Mais finalement, l'organisation actuelle de la représentativité des usagers n'est-elle pas vouée à aller à contre-sens de ses valeurs de démocratie sanitaire ?

La représentativité des usagers est imparfaite. Elle ne répond pas à la définition que s'en font les acteurs. Les usagers sont représentés le plus souvent dans les conseils d'administration des associations fondatrices des RSP. Ils interviennent institutionnellement ou spontanément pour émettre des avis sur l'organisation des soins en périnatalité, pour donner une information ascendante sur les besoins de biens et services de santé ou sur des dysfonctionnements récurrents. Le retour d'informations ne donne pourtant qu'une vision parcellaire des souhaits des usagers. Pour soutenir à ce propos, P. Lascoumes<sup>94</sup> affirme que « *les coopérations approfondies ont du mal à se généraliser car les acteurs associatifs peinent à bien investir les opportunités qui sont offertes aux usagers du système de soin.* » Ce concept fait écho de la difficulté qu'a observé le coordonnateur d'un RSP qui dit « *c'est dans l'essence même du réseau : on a une mission d'information des populations sur l'offre de soin et ils devraient être en première ligne les interlocuteurs du réseau. Ce que l'on fait, c'est pour eux. Moi je leur verrai une place plus active où ils pourraient nous dire ce qu'ils attendent des réseaux, ce qu'ils souhaiteraient voir sur le site internet, quelle donnée ils voudraient trouver à leur disposition, qu'ils puissent intervenir dans les prises en charge inadaptées, qu'ils fassent remonter des choses autour desquels on pourrait débriefer, travailler, à partir de leur histoire, de leur vécu. Mais bon, ils ne le font pas ? Ils sont invités à faire mais ils ne le font pas.* »

En effet, les associations ne sont pas toujours représentatives de tous les patients. Un coordonnateur dit « *les associations se sont créées autour de valeurs communes. Les associations sont souvent portées autour de la nature, avec souvent une connotation anti médicale [...]. Ou ce sont des associations de parents touchés par le deuil ou par la prématurité ou le handicap [...]; ces deux types d'associations ont des discours très différents (on n'en fait pas assez / trop de médicalisation).* »

---

<sup>93</sup> KNIBIEHLER Y, 2007, *accoucher ; femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle*, Rennes, ENSP, 189p.

<sup>94</sup> LASCOUMES P, juin 2007, « l'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? » in *Revue politiques et management public*, vol. 25 n°2, PMP, pp. 129-144

Le fonctionnement des « commissions usagers » organisées par certains RSP est difficile à pérenniser malgré les efforts déployés. Chacun ressent des contraintes qui ne se rencontrent pas. Un coordonateur dit « *au départ, c'était une « commission des usagers et des professionnels », pour qu'il n'y ait pas d'usager perdu dans leur coin. Mais les professionnels ne viennent plus ; ça devient une commission des usagers. Et pour trouver des usagers libres, intéressés pour venir aux réunions et aux journées scientifiques, c'est difficile. La dernière réunion date de six mois, il y a un projet de livret. A la réunion, on est cinq. C'est difficile. C'est des gens qui travaillent toute la journée. Ils font remonter des choses mais ça ne marche pas. En plus, les professionnels ne jouent pas le jeu. Le président ne supporte pas les remarques (positives ou négatives) car en temps que médecins, ils font bien, forcément. Les usagers n'ont pas compris comment fonctionnait le corps médical. [...] A terme, il faut tenir. Je la maintiens absolument, je change de date si besoin, je les favorise au maximum. C'est dur à organiser, ils ne trouvent pas leur place, ils ne savent pas comment parler. Ils ne viennent pas aux réunions et aux journées scientifiques, on ne les fait pas parler car on ne les connaît pas assez. C'est compliqué. En plus, ils viennent au nom de l'association « Bien naître » et ça, ça fait bondir les gynécos. Ils ont l'impression qu'on les agresse avant de parler. Les représentants ont eu connaissance du bilan d'activité et ils ont fait des remarques dont je vais tenir compte. Peut-être faudrait-il les dédommager quand ils prennent leur voiture pour les réunions ? »*

L'observatoire bourguignon des usagers en périnatalité a constaté la même problématique : la nécessité d'avoir des usagers représentatifs pas trop savants mais qui s'avèrent vite défaillants.<sup>95</sup>

En Bourgogne aussi, il est préconisé la ténacité et la confrontation des avis divergents des usagers, et des professionnels pour faire émerger une identité collective. L'évitement ne fait pas progresser les situations de non-dits. Seule la communication peut les résoudre et amener les acteurs à participer à la conduite de projets communs.

L'enquête de périnatalité réalisée en 2009 en Bretagne a été une opportunité pour évoquer les besoins des usagers. Il en découle que « *le souhait des usagers repose sur trois mots : confiance, écoute, dialogue. En effet les critiques portent sur la surmédicalisation, des informations insuffisantes ce qui ne conduit pas à la responsabilisation et à la liberté du*

---

<sup>95</sup> AKRICH M, décembre 2007 – mars 2008, « Bébé en vue, l'observatoire bourguignon des usagers en périnatalité : une expérience participative innovante », *tribunes de l'ADSP*, n° 61-62, pp 89-92

*choix de certaines orientations (le choix du site d'accouchement, de réaliser certains examens non obligatoires, du recours à une analgésie péridurale pendant le travail...). La systématisation de certaines techniques médicales, l'organisation, le manque de temps et la surcharge de travail semblent des obstacles à la création d'une « véritable relation » avec les acteurs médicaux. »* Ces propos concordent avec les constats de Béatrice Jacques et de Yvonne Knibiehler<sup>96</sup>, sociologues, qui mettaient en évidence les difficultés pour les femmes à être entendues dans leurs projet de naissance pour des raisons identiques à celles évoquées ici. Deux questions se posent au regard de ces positions :

- l'ambivalence autour de la « technicisation » de la naissance qui rejoint ici la vision des usagers du RSP : *«les usagers ne remettent pas en cause les avancées techniques lorsqu'elles sont nécessaires. » dont B. Jacques fait l'écho*
- *la difficile conciliation entre la liberté du patient et celle du praticien qui renvoie à des considérations parfois juridiques parfois éthiques (Y. Knibiehler).*

Dans tous les cas, on peut dire que les plans de périnatalité se succèdent mais les techniques de communication font toujours autant défaut !

Lors de la journée de la fédération française des réseaux périnataux, des représentants des usagers étaient présents. A propos de l'évaluation, il a été exprimé que *« le réseau, c'est du travail ensemble »*. Ainsi, la représentante estimait que la place des usagers est donc un indicateur de qualité. Cette réflexion va au-delà de l'usage opérationnel de représentativité des usagers par les réseaux. Elle renvoie à l'absence de prise en compte de la place des usagers dans les évaluations : pourquoi pas une co-évaluation ? La représentante évoque que ce n'est pas aux professionnels de rechercher la satisfaction des usagers, ce devrait être l'inverse : *« manque-t-il d'outils ? »*. Cette question est très intéressante et remet en cause les démarches d'évaluation en générale. Il est vrai que la consultation des usagers n'est pas suffisante. La réalisation de documents d'information n'est pas soumise à avis avant diffusion. Les représentantes des usagers, lors de la journée de la FFRSP, le regrettent.

Des besoins, semble-t-il non entendus, des représentants des associations d'usagers « professionnels » prêts à s'engager dans les évaluations, ces constats nous ramènent à une réflexion sur la conception actuelle de la représentativité des usagers et leur place comme acteurs du système de santé. Les réseaux n'en sont qu'un élément révélateur

---

<sup>96</sup> JACQUES B, 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, puf, 209p. et KNIBIEHLER Y, 2007, *accoucher ; femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle*, Rennes, ENSP, 189p.

d'impuissance. P. Lascoumes a traité de ce sujet<sup>97</sup> et son regard est en accord avec les constatations du terrain.

La santé a vécu une désacralisation du fait de l'amélioration de l'instruction des citoyens et de l'arrivée d'internet. Chaque usager est aujourd'hui capable de s'informer sur ses droits mais aussi sur la maladie ou sur les maux dont on lui parle. Les patients ont vécu le discours paternaliste étant pour leur part profane, l'échange n'ayant pas sa place. A l'arrivée du SIDA, avec la complexité des prises en charge en addictologie, par exemple, « *la bonne connaissance scientifico-technique est devenue insuffisante à elle seule pour garantir le soin* »<sup>98</sup>. Vient alors la nécessité d'une « *coopération symétrique au prix de leur (savoirs) reformulation et de leur coordination* ». A ce titre, le législateur a encadré les pratiques par l'élaboration de textes relatifs aux droits à l'information et à la participation des usagers : ce sont les ordonnances Juppé en 1996, la loi du 4 mars 2002 et la loi du 9 août 2004. Cependant, P. Lascoumes considère qu'il y a une instrumentalisation des usagers pour plusieurs raisons :

- les résistances du milieu professionnel renforcées par les lacunes des organisations d'usagers
- l'utilisation des informations médicales et des consentements éclairés comme des pare-feu anti-contentieux
- la participation dite managériale<sup>99</sup> est un faux semblant lié à des décisions unilatérales de l'institution en matière de représentation des usagers (eux-mêmes n'ont pas fait de démarches spontanées). Ce fonctionnement est basé sur un principe d'efficacité et de modernité. Quelle expression pour le profane non éclairé ? Parfois il peut s'agir d'une participation dans un cadre de fausse modernisation (aucun investissement et aucun moyen)
- l'agrément des associations est tellement difficile que les procédures limitent les initiatives
- les associations manquent d'organisation : les mandataires peuvent faire peu de retours aux mandants et le déficit d'échanges déconnectent les représentants des usagers. De plus, les représentants peuvent être incités à gérer des situations qui les dépassent comme des tensions interprofessionnelles, des difficultés liées aux moyens limités, des prises de décisions lors des CA,.... Le risque est alors la perte de vigilance et la diminution des revendications sous couvert de coopération.

⇒ Les coordonateurs de RSP restent des hommes (ou des femmes) au service de patient. Ils ont conscience de la place à donner à l'utilisateur du système de santé et du mode participatif qu'il impose. Cependant les bonnes intentions et le cadrage

---

<sup>97</sup> LASCOUMES P, juin 2007, « l'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? » in *Revue politiques et management public*, vol. 25 n°2, PMP, pp. 129-144

<sup>98</sup> P. Lascoumes a tenu ses propos mais ils sont aussi confortés par JACQUES B, 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, puf, 209p.

<sup>99</sup> Cf. annexes, modèles d'usagers et de représentativité selon P. Lascoumes

juridique ne suffisent pas à rendre le fonctionnement satisfaisant. Beaucoup de chemin reste à faire et les coordonateurs s'arment de patience. Il semble que les tutelles aussi.

Le RSP n'est pas une structure ordinaire de professionnels ordinaires. Le RSP est initiateur d'une organisation coordonnée de la santé périnatale, hiérarchisée. Son évolution l'a rendue flexible car les besoins se sont révélés multiples, régionalement prioritaires. Le RSP est acteur de santé publique dans le sens où il est l'outil de veille sanitaire nécessaire aux tutelles et le moyen opérationnel de mettre en applications les directives de santé publique. Pour être efficace, il doit être adapté à son environnement. C'est pour cela qu'aucun modèle type n'existe.

Le RSP participe à l'élaboration des concepts qui font la coordination : les échanges, les projets, la culture, l'écoute, l'articulation dans une dynamique de prise en charge globale et parfois avec des personnages leaders charismatiques.

Mais la professionnalisation de la coordination sous-entend bien que cette fonction est difficile puisqu'elle se heurte à des codes, les us et coutumes, des résistances qu'il est nécessaire de prendre en compte pour ne pas banaliser l'objet.

Les usagers sont sensés être des acteurs participatifs des réseaux mais leur place n'est pas véritablement assise en périnatalité. Pourtant, chacun a conscience de l'impact que peut avoir cette participation sur la cohérence du système de santé. Alors, les coordonateurs maintiennent leur engagement envers les usagers même si la tâche est longue et difficile. S'il faut cinquante ans pour acquérir de nouvelles représentations, la génération actuelle participe à l'élaboration de la santé de demain.

#### **4 Quelles perspectives possibles ?**

L'horizon qui se dessine en matière d'organisation du système de santé laisse à réfléchir sur la création de nouveaux modes d'articulation et notamment à l'échelle des soins de proximité. Or, la difficulté en périnatalité reste la mobilisation des professionnels libéraux. L'analyse que nous avons pu faire préalablement met en exergue la place objective des RSP comme des acteurs de santé publique. Leur capacité à organiser la mise en œuvre des actions de santé est indéniable et leur coordination adaptée au niveau régional et national leur donne une légitimité certaine dans l'échelon stratégique de la politique de santé.

Que faire alors pour solliciter l'engagement des professionnels libéraux à « la cause de la coordination » ? Le RSP acteur de santé publique était notre question de départ, or, nous avons pu constater leur difficulté à garder un équilibre entre les orientations politiques et attentes des professionnels de terrain. Nous allons essayer ici d'imaginer quels pourraient être les moyens de stabilisation de l'action de coordination et, éventuellement, quels seraient les aménagements à déployer.

#### 4.1 La redéfinition des acteurs de coordination

La Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé énonce déjà des idées qui sont finalement soutenues ici. La notion de territoire doit être privilégiée et la graduation des réseaux de santé, affirmée. Cependant, peut-on parler de réseaux de santé à l'échelle des réseaux de proximité ? Il semble plus intéressant de soutenir les projets liés aux pôles de santé<sup>100</sup> qui peuvent être déclinés comme des réseaux de proximité en périnatalité. La dénomination « pôle de santé » favoriserait peut-être l'inclusion des libéraux à ce type de coordination de proximité sur un territoire défini.

La notion de territoire commence à se répandre et à devenir familière, source de projets. Ainsi, un coordonnateur de RSP explique que des problématiques comme l'addiction, la parentalité, l'allaitement maternel, pourraient ne pas être considéré du ressort seul de la maternité mais être de la responsabilité des acteurs du territoire « *se déplacer maintenant territoire par territoire.* » Pour lui, ce serait une solution pour redynamiser la communication au sein de groupes de gens qui ne se parlent pas. « *La politique territoriale ne concerne pas la sécurité, sous le versant décret de 1998. Le packaging relationnel, accès aux soins, équité, ça c'est territorial. Il y a une vraie logique avec le médico-social (PMI, psy, addiction).* »

On peut imaginer un schéma d'organisation se déclinant comme suit :

- Des pôles de santé en périnatalité (PSP) qui pourraient prendre naissance d'**un projet médical commun**<sup>101</sup> autour de la prise en charge initiale des grossesses : diagnostic, suivi,

---

<sup>100</sup> La logique des pôles de santé est développée en annexes

<sup>101</sup> La sage-femme interviewée expliquait qu'elle n'aurait peut-être pas quitté le libéral si ces projets médicaux et ces maisons pluridisciplinaires avaient existé à l'époque

orientation, projet de naissance ; puis en aval, des suivis de grossesses pathologiques en collaboration selon un référentiel établi, des suivis de nouveau-nés vulnérables. Ce projet médical serait essentiellement ambulatoire avec une coordination propre reconnue

- Des plateaux techniques d'accouchement identifiés (ceci sous-entend les maternités selon le mode de prise en charge standardisé actuel, les maternités en hospitalisation ambulatoire, les maisons de naissance, le domicile)
- Des réseaux de périnatalité exclusivement régionaux qui coordonneraient les deux niveaux précédents. Ils seraient missionnés comme organismes de formation, d'évaluation, de validation des protocoles, de coordination entre les territoires de proximité sanitaires et médico-sociaux, d'interface avec les tutelles (informations ascendantes des adaptations identifiées de l'offre de soins, informations descendantes et organisation des plans de santé publique).

Ce concept rejoint la vision du médecin DRASS rencontré qui dit : *«Les tenants de réseaux de proximité disent que les réseaux de proximité doivent être polyvalents de la périnatalité au grand âge en passant par le VIH, les hépatites, la lutte contre l'obésité,... tout ça c'est un même réseau. [...] Mais là ce n'est plus du réseau, c'est un système de santé. [...] On aura toujours des niveaux. Le mythe c'est de croire qu'on va trouver des échelons territoriaux adaptés à tous les problèmes. Il faut se définir des espaces géographiques assez mouvants et puis en fonction de ça, il faut être assez souple sur la façon dont ça va se faire. »*

Ce raisonnement se rapproche à la fois des réseaux de proximité et de la graduation des soins. L'initiative de coordination du suivi de grossesse en tant que prise en charge sanitaire de proximité doit revenir aux professionnels libéraux et il ne faut considérer l'accouchement qu'au titre d'un épiphénomène dans la vie obstétricale de la femme (même si tous les risques sont agrégés à cette étape !). Ce n'est qu'à ce titre que la patiente pourra retrouver une prise en charge globale, la confiance et l'intimité qu'elle souhaite.

L'offre de soin locale doit, bien sûre, être cohérente avec le projet.

Cette réflexion amène à s'interroger sur la nécessité de créer des grilles de lecture officielles sur les missions des réseaux et de les distinguer via une dénomination qui leur sera propre :

- Des pôles de santé reprenant pour certains les activités des **réseaux de proximité**, attachés ou non à des établissements de santé, coordonnant les professionnels, éventuellement autour de RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire), initiateurs de projets et mobilisateurs
- Des **réseaux de soins** conservant une activité clinique ou paramédicale, sur un mode de spécificité de la thématique, comme le diabète
- Des **réseaux régionaux ou pluri-territoriaux, de recours** ayant une mission plutôt de formation, de déclinaison des politiques nationales, d'évaluation (médicale et fonctionnelle). Ils répondraient à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).



Ils se coordonneraient entre eux ou selon les types d'accompagnement, qu'ils soient sanitaires, sociaux ou médico-sociaux (certains ont pensé à des maisons de réseaux). Ils ne remettraient pas en cause tout le travail réalisé autour de la graduation des maternités.

Finalement, ce modèle ne tient-il pas d'un modèle de réseaux intégrés de services ? En tout état de cause, la DHOS a recommandé en 2009 la mise en œuvre d'une approche plus mutualisée des réseaux (liens entre les réseaux à la thématique proche). On peut comprendre que les acteurs de soins ne pourront pas être efficaces dans leur passage de relais si les interlocuteurs se multiplient. Une patiente diabétique, enceinte et alcoolique ne peut être correctement accompagnée qu'à la seule condition que le dialogue soit cohérent, continu et simple. Elle ne pourra pas y trouver de sens si trois coordonnateurs de réseaux viennent la voir ! « *Trop de réseaux, tue le réseau*<sup>102</sup> ».

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) fixe des objectifs d'égal accès aux soins pour tous et les réseaux ont ici tous leur sens : « coopérations organisées » et « collaboration avec les réseaux de santé. »

On peut imaginer que les modalités d'évaluation en soient plus cohérentes car les indicateurs correspondraient mieux à des niveaux de coordination différents. La nécessité de professionnalisation de la coordination en serait aussi plus facilement justifiée et efficace car elle correspondrait aux niveaux régionaux.

## **4.2 Un accompagnement des structures de coordination**

Les RSP expriment le besoin d'être accompagnés dans leurs missions. Même si le volontariat et l'initiative sont mobilisateurs, l'institutionnalisation des réseaux créent de nouveaux besoins pour les professionnels. La gestion de structure leur semble difficile. Les outils d'accompagnement ne sont pas encore mis à disposition mais des idées se dessinent.

La DHOS a ouvert des chantiers<sup>103</sup> pour soutenir l'action des réseaux de santé. Elle propose de donner des outils de gestion aux réseaux, d'élaborer des référentiels d'organisation des réseaux en fixant des périmètres d'activité, en mutualisant les moyens si besoin. Ce sont en partie les attentes des coordonnateurs. Ceux qui ont reçu le DU de

---

<sup>102</sup> SCHWEYER FX, février 2010, « chapitre 16 – l'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé », in BLOY G, *Singuliers généralistes ; sociologie de la médecine libérale générale*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 283-305

<sup>103</sup> Les réseaux de santé au cœur de l'organisation des soins ; DHOS, Paris, 19 mars 2009

coordination se disent satisfaits et estiment avoir acquis des outils de compréhension, de décryptage qui leur facilite le fonctionnement courant, la méthodologie qualité<sup>104</sup>,....

Les RSP souhaitent aussi recevoir de l'aide technique. Souvent, ils ont évoqué la pénibilité liée à l'absence d'outil de communication efficace (système d'information) et expriment une impression de ne pas avoir été accompagnés par leurs référents régionaux sur ce sujet. De plus, la gestion des formations continues, des agréments d'organismes formateurs (pour que les professionnels soient indemnisés dans leur structure de leur temps passé en formation réseau) n'est pas évidente, techniquement, pour des professionnels dont ce n'est pas le métier. A ce propos un coordonnateur de réseau dit « *sur des choses comme ça, les tutelles pourraient nous proposer des sessions de formation continue sur l'utilisation de nouveaux outils, sur les nouvelles technologies, sur les sites internet,.... On pourrait trouver auprès de la MRS une certaine guidance. [...] A un moment donné où un autre tous les réseaux ont eu besoin de renseignements, d'être guider autour de ça sans avoir chacun de nous à faire les preuves des chemins de traverses pour y arriver.* »

Les RSP souhaiteraient aussi des outils pour la conduite de projets et s'interrogent sur l'intérêt que pourrait avoir une harmonisation de cycles de formation, par exemple, organisés par l'ARS, à l'attention des coordonnateurs de réseaux. Peut-être que cela limiterait des coûts de formations annexes, chers et non individualisés pour la fonction spécifique qu'est la coordination.

Autre point de crispation, chronophage, l'évaluation. Actuellement, elle n'est pas toujours comprise car les indicateurs sont trop généralistes. Les RSP revendiquent tous la logique de rendre des comptes à leur financeurs, étant gestionnaires de fonds publics. Par contre, ils souhaiteraient que le mode d'évaluation soit différent. Leur proposition essentielle est d'être évalué sur le cahier des charges des RSP, que cela soit plus en accord avec des objectifs opérationnels. Il semble que les RSP tendent vers encore plus d'institutionnalisation donc, vers des CPOM avec des objectifs quantifiés. Encore faut-il que ces objectifs correspondent à la réalité des la périnatalité (entretiens prénataux, indicateurs de morbidités, ...).

Comme le propose un coordonnateur de RSP, peut-être cette évaluation doit-elle comprendre une négociation sur les besoins en formation de l'équipe, d'aide

---

<sup>104</sup> Ces constats sont issus d'une interview avec un coordonnateur

méthodologique par rapport aux projets proposés. Ceci renvoie à la notion d'évaluation participative. L'accompagnement en est plus prégnant mais l'atteinte des objectifs est réalisée en collaboration. Dans ce cas, un point de vigilance est énoncé par un coordonnateur : *« pas dans le but de nous mettre dans des rails ou nous formater d'une certaine façon de faire, car c'est important de garder la créativité. Dans les réseaux, il doit y avoir des choses qui se créent parce que ce sont des structures transversales, différentes et qu'on a une certaine liberté de penser au départ, donc ça nous permet d'inventer des façons de faire et que ça il faut laisser faire. »*

⇒ Les RSP doivent être imaginés à nouveau. Non pas dans leur concept de découplage et de coordination mais dans leur périmètre, leurs missions, leur hiérarchisation et leur professionnalisation. Des niveaux de réseaux, impliquant un fonctionnement intégré pourrait être envisagé. Les acteurs de proximité retrouveraient leur champ d'actions et les échanges. La professionnalisation en découlerait logiquement pour les niveaux de recours. Des métiers sont à réinventer mais il faut les accompagner.

## Conclusion

Les réseaux de santé périnataux se sont développés progressivement depuis les années 1990. Selon B. El Ghozi (Créteil, 2005), « *dix années ont été nécessaires pour créer une culture commune.* » Les étapes d'émancipation des RSP ont été : celle de l'émergence du terrain initiée par des acteurs leaders souhaitant créer une communauté périnatale ; puis celle de la rencontre pour collaborer, éviter l'exercice isolé et coordonner une graduation des soins ; et celle de l'adaptation des réseaux de santé aux logiques des institutions qui financent. A présent, les RSP sont en phase de construction du partenariat avec l'utilisateur.

Il ne faut pas négliger que l'impulsion a été le constat alarmiste d'une démographie médicale dégradée et des indicateurs de santé insatisfaisants. Correspondant à une approche globale du patient, les réseaux de santé sont devenus centralisateurs des enjeux de décloisonnement, soutenant l'hypothèse qu'une meilleure coordination favorise de meilleurs soins. Même si l'ensemble des femmes est concerné, les politiques de santé sont destinées à améliorer les prises en charge de populations en situation de précarité, et seule la coopération active peut être efficace. Il ne faut pas perdre de vue que la mission est d'autant plus difficile qu'elle est concomitante de la nécessité de maîtriser les dépenses : il faut optimiser les parcours de soin.

En effet, en dix ans, les indicateurs se sont améliorés, des liens se sont tissés. Les réseaux se sont multipliés, ils ont suscités beaucoup d'espoir. En 2006, le constat de la DGAS est pourtant mitigé et le cadre légal s'adapte...au détriment des RSP qui ont pour spécificité une organisation initialement centrée sur les établissements de santé. Les coordonnateurs n'arrivent plus à répondre parfaitement aux impératifs organisationnels (modalités entrées-sorties des patients, représentativité des usagers, structure interne, évaluation...) et ils sont sollicités de façon extrême par des professionnels en demande de « toujours plus ». Comment trouver l'équilibre ?

Nous avons vu par l'analyse de la problématique que l'équilibre est acquis mais au prix d'expériences solides, de visions prospectives et de communication majeure. On a ici affaire à de l'humain et les demandes de recrutements de coordonnateurs laissent penser que la relève ne sera pas assurée si un accompagnement probant n'est pas envisagé. La coordination est un exercice difficile. Il ne faut oublier de « *donner aux membres du réseau le moyen de s'approprier l'outil réseau pour en faire l'usage qui leur rend service dans*

*leur quotidien de professionnel.*<sup>105</sup> » « *Il faut accompagner les usagers dans l'appropriation de leur santé.* » En d'autres termes, il semble nécessaire de laisser le temps au temps et d'adapter le pilotage des réseaux de telle façon qu'ils restent dans la dynamique d'initiatives constructives et fédératrices....même si cela n'empêche pas le cadrage mais encore faut-il qu'il soit accompagné.

Parallèlement, les soins de proximité vont délimités de nouveaux territoires. Les maillages territoriaux doivent être reconsidérés pour prendre en considération l'accès aux soins pour tous, la gradation des maternités et les multiples champs d'activité à couvrir (sanitaire, social, médico-social, pédo-psychiatrique, préventif,...). Des initiatives de mutualisation de moyens autour de thématiques proches sont à considérer.

Comme il est mentionné dans une brochure de juin 2006 de la Haute Autorité de Santé (HAS), les réseaux de santé constituent à « une démarche d'amélioration de la qualité. » Ils sont au centre de l'organisation de la coopération des professionnels de santé au profit du patient et de sa famille. Dans un colloque, le modérateur disait « *n'était-il pas incontournable dans notre société de communication qu'on se mette à communiquer autour du malade, voire avec le malade... !* » Le réseau de santé en périnatalité permet tout cela, et à ce titre, **il est acteur de santé publique.**

---

<sup>105</sup> Coordinatrice de réseau, enquête sur les réseaux menée pour le mémoire

---

## Textes législatifs et réglementaires

---

### ❖ Textes législatifs, réglementaires

- ✚ MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324 : Art. 29, il est créé, à la section I du chapitre II du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, un article L: 712-3-2 autorisant la constitution de réseaux de soins au vu de la carte sanitaire et par le schéma d'organisation sanitaire (spécifiques à certaines installations et activités de soins, au sens de l'article L. 712-2, ou à certaines pathologies). Elle fixe l'objet des réseaux de soins : assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité.
- ✚ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décrets n°98-899 du 9 octobre 1998 et n° 98-900 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale et leurs conditions de fonctionnement. J.O. Numéro 235 du 10 Octobre 1998 p. 15343
- ✚ Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2002, art. 36, portant création, au sein de l'ONDAM, d'une dotation nationale de développement des réseaux. J.O. Numéro 299 du 26 Décembre 2001 p. 20552
- ✚ Loi 2002-303 du 4 mars 2002 du CSP, articles L. 6321-1 et L. 6321-2 relative aux droits des malades et à la qualité du Système de santé (art. 84). J.O. n°54 du 5 mars 2002 p. 4118 texte n° 1. Elle donne une définition unique et souple des « réseaux de santé » et se substitue à l'ancien article L. 6121-5 relatif aux réseaux de soins. Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

- ✚ 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. J. O. du 27 oct. 2002, p. 17849
- ✚ 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 et précise les documents relatifs à leur création : convention constitutive, engagement des professionnels, document d'information du patient, charte du réseau. J. O. n°294 du 18 décembre 2002, p. 20933
- ✚ DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. 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 n°2003-
- ✚ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, DHOS. Circulaire DHOS / DGS / 02 / 6c / 2005 / 300 du 4 juillet 2005 relative à la collaboration médico-psychosociale en périnatalité. Bulletin Officiel n° 2005-8, annonce 26
- ✚ CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES, DHOS. Circulaire DHOS / 01 / 03 / CNAMTS n°2006 -151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. Bulletin Officiel n° 2006-4, annonce 22. Elle insiste sur la notion de prise en charge globale et continue d'amont et d'aval de la naissance en coordonnant tous les secteurs d'activité (établissements de santé, ambulatoire, médico-social, social). Elle rappelle les missions, la population et les acteurs concernés par les RSP.
- ✚ CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE, DHOS. *Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.* Bulletin Officiel n° 2007-4, annonce 67. Sur les constats de l'IGAS, il est mis en évidence la nécessité d'un renforcement du pilotage national et régional. Cette circulaire rappelle et précise les objectifs attendus des réseaux de santé, clarifie le champ d'intervention de la DNDR et de préciser les modalités d'instruction des

dossiers en région, définit les éléments de cadrage pour la méthodologie de l'évaluation des réseaux, renforce le suivi budgétaire et comptable des réseaux.

❖ **Plans, textes officiels (rapports)**

- ✚ ANGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION, COMMISSION REGIONALE DE LA NAISSANCE DE BRETAGNE. Octobre 2009. *Enquête périnatale en Bretagne – constats et perspectives – rapport d'étape*, Rennes, 62 p.
- ✚ AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION BRETAGNE, mars 2006.  
« Périnatalité » in *Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2010*, Rennes, pp 319-340
- ✚ JUILHARD JM, CROCHEMORE B, TOUBA A, VALLANCIEN G, juin 2009, *Rapport sur le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*. Rapport commandé par Mmes Bachelot, Amara et M. Falco. 52 p.  
Disponible sur internet :  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000029/0000.pdf>.
- ✚ MEMBRES DE L'INSPECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE POUR LE MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, mai 2006, *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) – Rapport de synthèse*. Rapport 2006 022, 163p.
- ✚ PLAN « PERINATALITE » 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité », 10 novembre 2004. 44 p. Disponible sur internet :  
<http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf>
- ✚ PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE, « la Bretagne en santé – plan régional de santé publique 2006 - 2010 », pp 128 – 130. Disponible sur internet :  
<http://www.bretagne.sante.gouv.fr/publications/rapports/2006/octobre/em07.pdf>



---

# Bibliographie

---

## ❖ Ouvrages publiés

- ✚ JACQUES B, 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, puf, 209p.
- ✚ KNIBIEHLER Y, 2007, *accoucher ; femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle*, Rennes, ENSP, 189p.
- ✚ LASCOUMES P, juin 2007, « l'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? » in *Revue politiques et management public*, vol. 25 n°2, PMP, pp. 129-144
- ✚ MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL, 2007, *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social*, Rennes, ENSP, 116p.
- ✚ SCHWEYER FX, février 2010, « chapitre 16 – l'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé », in BLOY G, *Singuliers généralistes ; sociologie de la médecine libérale générale*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 283-305
- ✚ SCHWEYER FX, LEVASSEUR G, PAWLIKOWSKA T, 2002, *Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes*, Rennes, ENSP, 112p.
- ✚ SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS DE PMI, *périnatalité : les réseaux, entre lien technique et lien social. Nécessité ? Réalités ?*, XXVIII<sup>ème</sup> colloque du 29 – 30 novembre 2002, Paris, édition Paris : SNMPMI, novembre 2002, 164p

## ❖ Articles publiés, colloques, autres sources

- ✚ ACEF S, 2008, « réseaux de santé et territoires, où en sommes-nous ? », *Informations sociales* n°147, pp 72-81
- ✚ AKRICH M, décembre 2007 – mars 2008, « Bébé en vue, l'observatoire bourguignon des usagers en périnatalité : une expérience participative innovante », *tribunes de l'ADSP*, n° 61-62, pp 89-92

- ✚ BOURRET C, maître de conférences en sciences de l'information et de la communication au laboratoire IDIT (Information Décision Intelligence Territoriale) de l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée, 2008, « les réseaux de santé ou la rencontre de la santé et des TIC pour décloisonner le système de santé français », *tic&société*, vol. 2, n°1, <http://ticetsociete.revues.org/396>
- ✚ BURGNET A, CRIBALLET G, MULIN B, BOUTHET MF, GOUYON JB, COORDONATEURS DE RSP, CALME G, DIRECTEUR DES AFFAIRES MEDICALES, décembre 2008, « pour une fédération des réseaux de santé en périnatalité en France », *DH Magazine* n°123, pp 26-29
- ✚ DHOS, *les réseaux de santé au cœur des évolutions de l'organisation des soins*, le 19 mars 2009, Paris, [http://www.ffrsp.fr/resources/orga\\_soins\\_dhos1.pdf](http://www.ffrsp.fr/resources/orga_soins_dhos1.pdf)
- ✚ DORTIER JF, juin 2002, « l'univers des représentations ou l'imaginaire de la grenouille », *Sciences Humaines* n°128, pp 24-30
- ✚ MOLENAT F, pédopsychiatre CHU de Montpellier, décembre 2007 – mars 2008, « la prévention en périnatalité : apprendre à penser ensemble » ; *ADSP* n° 61 / 62, pp 62-65
- ✚ MOSCOVICI S, juin-juillet 1998, « comment voit-on le monde ? Représentations sociales et réalités », *Sciences Humaines HS* n°21, pp 11-13
- ✚ NAIDITCH M, mars 2003, « la crise des maternités : quelques réflexions sur une faillite prévisible », <http://portail.naissance.asso.fr/docs/crise-maternites.htm#crise>
- ✚ PIERRE F, Gynécologue obstétricien, CHU Poitiers, décembre 2007 – mars 2008, « Les maternités au sein du réseau périnatal, organisation actuelle et enjeu à venir », *ADSP* n° 61 / 62, pp 53-57
- ✚ PONTE C, juin 2008, « la réforme de la protection de l'enfance, quel impact pour les sages-femmes ? » ; *Vocation sage-femme*, vol. 7, n° 63, pp 30-31
- ✚ ROBELET M, SERRE M et BOURGUEIL Y, 2005, « la coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *RFAS* n°1, pp 233-260

---

## Liste des annexes

---

Cartographie des réseaux de santé périnataux

Gradation des maternités

Plans de périnatalité

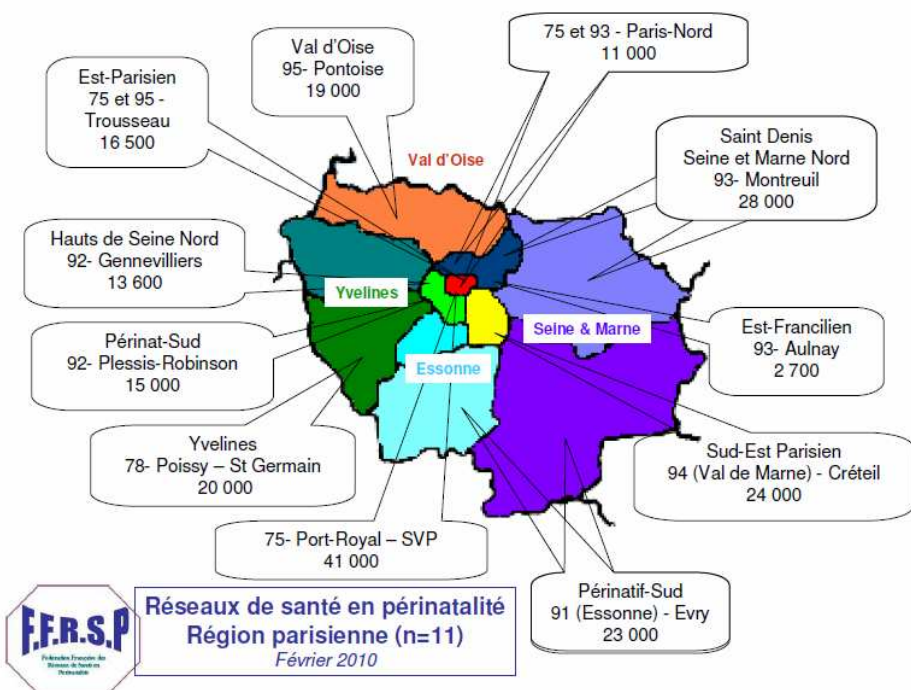
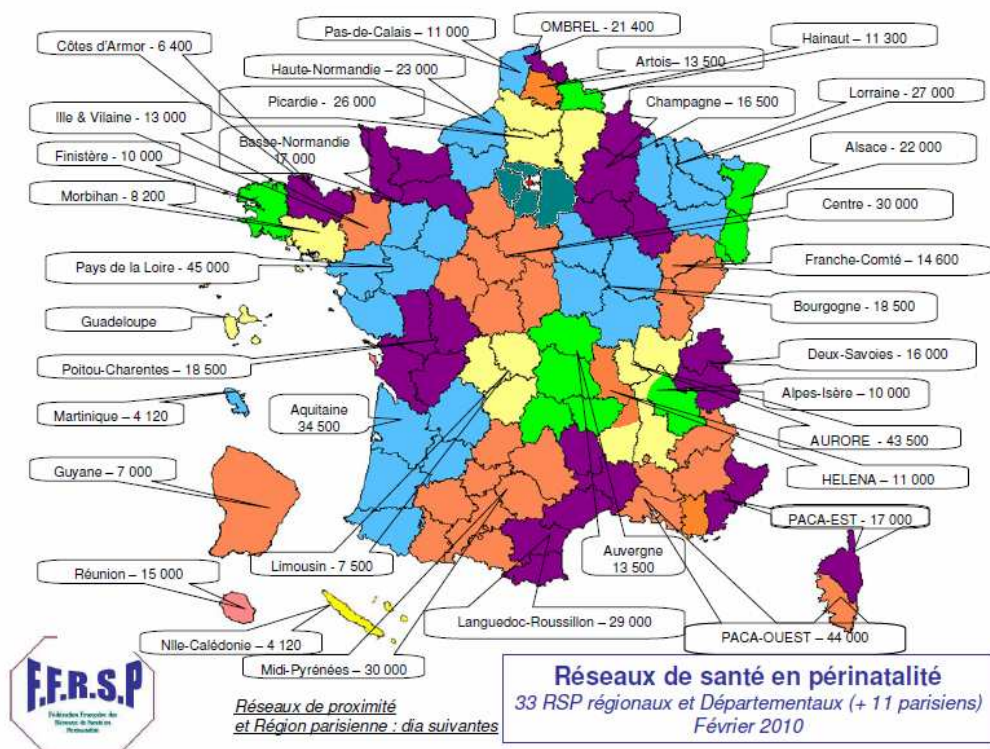
Dépistage des anomalies chromosomiques : nouvelles modalités de dépistage

Usager selon P. Lascoumes

Pôles de santé

Enquête destinées aux RSP français

## Cartographie des réseaux de santé périnataux



### **Gradation des maternités :**

Issue des *Décrets n°98-899 du 9 octobre 1998 et n° 98-900* relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale et leurs conditions de fonctionnement :

- *Maternités de niveau I* : possibilité d'accouchement dits à bas risque au cours du 9<sup>e</sup> mois de grossesse, 24 heures/24 ; ainsi que les consultations de surveillance de grossesse et la prise en charge des urgences obstétricales (fausses couches, grossesses extra-utérines, césariennes, hémorragies de la délivrance). Elles disposent d'au moins une sage-femme présente 24 heures/24 et d'un obstétricien (et d'un chirurgien si l'obstétricien n'est pas titulaire de la compétence chirurgicale), d'un anesthésiste réanimateur et d'un pédiatre présents ou rapidement joignables (liste d'astreinte).
- *Maternités de niveau II* : disposent en plus d'un service de néonatalogie permettant la prise en charge des enfants nés prématurément pendant le 8<sup>e</sup> mois de grossesse (32–36 SA), pesant entre 1 500 et 2 500 g, et/ou nécessitant des soins spécifiques. Au sein de l'établissement existent de plus un service de soins intensifs en néonatalogie (niveau II b) et certains établissements d'un service de réanimation adulte, leur permettant de prendre en charge les grossesses à risques maternels.
- *Maternités de niveau III* : disposent en plus d'un service de réanimation néonatale permettant la prise en charge des enfants nés très prématurément (pendant le 6<sup>e</sup> ou le 7<sup>e</sup> mois de grossesse) ou présentant des maladies ou des malformations graves. Ils disposent de plus d'un service d'hospitalisation des grossesses à risque maternel et/ou fœtal, de services de réanimation adulte, de soins intensifs et de radiologie interventionnelle permettant la prise en charge des grossesses à haut risque maternel.

## **Plans de périnatalité**

La **périnatalité** englobe l'ensemble des prestations et actes médicaux relatifs à la grossesse, à l'accouchement, et aux premiers jours de la vie des nouveau-nés.

Le premier plan périnatalité (1970-1976) a été centré sur la prévention (quatre consultations obligatoires pendant la grossesse, dépistages, prise en charge à 100 % des frais médicaux dès le 6<sup>e</sup> mois) et sur la sécurisation de la naissance (renforcement des moyens techniques dans les maternités, formation des professionnels et disponibilité immédiate de ceux-ci).

Le deuxième plan périnatalité de 1994-2000 a privilégié la sécurisation de la naissance (normes obligatoires en personnel et restructuration des maternités notamment pour les locaux et l'équipement) et l'amélioration du suivi de grossesse (sept examens obligatoires et préparation à la naissance). Les réseaux de soins gradués ont été créés pour coordonner les prises en charge des mères et des enfants en ante ou post natal. Issu de la loi relative aux politiques de santé publique de 2004, le dernier plan de 2005-2007 vise encore à réduire la mortalité infantile et maternelle mais marque aussi un infléchissement en promouvant l'amélioration de l'environnement psychologique et social de la mère, du couple et de l'enfant.

Le plan 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » a fixé plusieurs objectifs en lien avec les titres :

- Plus d'humanité : entretien prénatal précoce, amélioration du réseau ville-PMI-hôpital, participation des usagers, information, réduction de la précarité, accompagnement du handicap et du deuil périnatal
- Plus de proximité par les réseaux, les centres périnataux, la PMI, l'hospitalisation à domicile
- Plus de sécurité par les restructurations en équipements lourds et en personnel, l'organisation des transports périnataux, l'amélioration des prises en charge des urgences maternelles
- Plus de qualité : démarches qualité, gestion des risques, aide médicale à la procréation.

Un objectif était aussi de suivre les indicateurs. Ceux-ci sont comparés aux indicateurs européens. Cf. les tableaux suivant :

## 1. Objectifs

	Données au moment du plan de 1994	Objectifs du plan de 1994	Données actuelles	Objectifs de la Loi de Santé Publique
Décès entre le 7 <sup>ème</sup> mois de grossesse et le 6 <sup>ème</sup> jour de vie	6 261 (taux de mortalité périnatale 8,2 pour 1000)	Diminuer de 18% <i>soit atteindre 6,7 pour 1000</i>	5036 (taux de mortalité périnatale 6,5 pour 1000)	Diminuer de 15% <i>soit atteindre 5,5 pour 1000</i> en 2008
Décès maternels	120 (13,9 pour 100 000)	Diminuer de 30% <i>soit atteindre 9,7 pour 100 000</i>	69 (9 pour 100 000)	Diminuer de 40% <i>soit atteindre 5 pour 100 000</i> en 2008
Morts subites du nourrisson	1291 (1,7 pour 1000)	Diminuer de 35% <i>soit atteindre 1,1 pour 1000</i>	348 (0,4 pour 1000)	

## 2. Autres indicateurs

Nouveaux nés vivants	759 000		774 782	
Morts nés	4 364 (mortalité 5,7 pour 1000)		3563 (mortalité 4,6 pour 1000)	
Décès avant le 7 <sup>ème</sup> jour de vie	1 897 (taux de mortalité néonatale précoce 2,5 pour 1000)		11627 (taux de mortalité néonatale précoce 2,1 pour 1000)	
Décès avant l'âge de 1 mois (28 <sup>ème</sup> jour)	2 660 (taux de mortalité néonatale 3,5 pour 1000)		2 324 (taux de mortalité néonatale 3 pour 1000)	
Décès avant l'âge de 1 an	5 511 (taux de mortalité infantile 7,3 pour 1000)		3719 (taux de mortalité infantile 4,8 pour 1000)	
Handicaps sévères liés à une cause obstétricale	850 (1,12 pour 1000)		stable environ 1,1 pour 1000	

Sources DGS - DHOS - DREES

### 3. Comparaisons internationales dans l'Union Européenne (avant élargissement)

*tableau 1*  
**mortalité infantile**

P/1000	1991	2001
Finlande	5,8	3,2
Suède	6,1	3,7
Espagne	7,8	3,9
Italie	5,5	4,3
Allemagne	7,1	4,5
<b>France</b>	<b>7,3</b>	<b>4,6</b>
Autriche	7,4	4,8
Danemark	7,5	4,9
Belgique	8,4	5
Portugal	10,8	5
Pays-Bas	6,5	5,3
Royaume uni	7,4	5,5
Irlande	8,2	5,8
Grèce	9	5,9
Luxembourg	9,2	5,9
<i>Moyenne U.E.</i>	<i>7,6</i>	<i>4,7</i>

La France conserve en 2001 sa position moyenne de **6<sup>ème</sup> rang** sur 15. Sa mortalité infantile a diminué selon la même pente que la moyenne des pays.

*tableau 2*  
**mortalité périnatale**

P/1000	1991	2001
Allemagne	6 en 1990	
Autriche	6,4	4,8
Belgique	6,5	5,4
Danemark	8,3 en 1990	7,1
Espagne	7,2	5,6
Finlande	6,8	4,5
<b>France</b>	<b>8,2</b>	<b>6,7</b>
Grèce	11,1	9,5
Irlande	?	7,4
Italie	?	6,4
Luxembourg	?	6
Pays-Bas	9,1	8,1
Portugal	12,1	6,8
Royaume uni	8,1	8,1
Suède	6,5	5,6
<i>Moyenne U.E.</i>	<i>8</i>	<i>6,6</i>

La France occupe le **8<sup>ème</sup> rang** sur 14 (contre le **13<sup>ème</sup>** en 1991)

*tableau 3*  
**mortalité maternelle**

P/100 000	
Irlande	2,8
Portugal	3,8
Finlande	4,4
Suède	4,6
Royaume uni	6
Autriche	6,5
Belgique	6,5
Grèce	6,5
Espagne	7,2
Danemark	8,5
<b>France</b>	<b>8,8</b>
Luxembourg	8,8
Allemagne	9
Pays-Bas	9
Italie	-
<i>Moyenne U.E.</i>	<i>7,5</i>

La France occupe le **11<sup>ème</sup> rang** sur 14 (données inconnues pour l'Italie).

*tableau 4*  
**hypotrophie**

P/1000	
Luxembourg	4,1
Finlande	4,3
Suède	4,4
Danemark	4,9
Irlande	5,0
Italie	5,9
Royaume uni	6,4
Allemagne	6,5
Pays-Bas	6,5
Belgique	6,6
Autriche	6,6
<b>France</b>	<b>6,8</b>
Portugal	7,1
Grèce	7,2
Espagne	8,5
<i>Moyenne U.E.</i>	<i>6,6</i>

La France occupe le **12<sup>ème</sup> rang** sur 15.

*tableau 5*  
**prématurité**

P/100	
Luxembourg	5,0
Italie	5,4
Grèce	5,8
Portugal	5,9
Finlande	6,1
<b>France</b>	<b>6,2</b>
Irlande	6,2
Danemark	6,4
Suède	6,4
Royaume uni	7,1
Pays-Bas	7,4
Allemagne	7,6
Espagne	7,7
Belgique	7,8
Autriche	10,2
<i>Moyenne U.E.</i>	<i>6,9</i>

La France occupe le **6<sup>ème</sup> rang** sur 15.



## Dépistage des anomalies chromosomiques : nouvelles modalités de dépistage :

### Dr Olivier Scemama

Adjoint - Service évaluation économique et santé publique - HAS

*Quel était l'objectif des recommandations sur le dépistage de la trisomie 21 ?*

L'objectif principal des recommandations était d'améliorer la qualité du dépistage proposé aux femmes enceintes. En France, depuis 1997, ce dépistage repose sur le dosage d'au moins deux marqueurs sériques maternels entre la 15e et la 18e semaine d'aménorrhée (SA). Cependant les pratiques de dépistage se sont diversifiées au-delà du cadre défini par



la réglementation avec notamment l'introduction de la mesure échographique de la clarté nucale. La coexistence de ces différentes stratégies conduit à un taux d'amniocentèses de l'ordre de 11%, ce qui est élevé pour un examen diagnostique invasif, à l'origine de pertes fœtales et d'anxiété pour la femme. Il s'agissait donc de mener une réflexion sur la place des nouvelles stratégies de dépistage de la trisomie 21 débutant au 1er trimestre de la grossesse. Cette réflexion a conduit à définir et à proposer de nouvelles modalités de dépistage.

*Quels sont les principaux changements induits par les recommandations sur les stratégies de dépistage de la trisomie 21 ?*

La stratégie de dépistage proposée dans les recommandations modifie de façon importante les modalités de dépistage de la trisomie 21. Elle permet d'accéder à une information fiable sur le risque de trisomie 21 fœtale de la grossesse en cours dès le 1er trimestre. Elle permet aussi de réduire le taux d'amniocentèses.

Le principal changement concerne la recommandation en faveur d'un dépistage combiné dès le 1er trimestre de la grossesse. Ce dépistage, à réaliser entre 11+0 et 13+6 SA, associe la mesure échographique de la clarté nucale (en fonction de la longueur crânio-caudale) et le dosage de deux marqueurs sériques maternels, la PAPP-A et la fraction libre de la  $\beta$ -hCG.

Ce dépistage combiné doit être assorti de la mise en place d'un programme d'assurance qualité dans le domaine de la mesure de la clarté nucale.

L'adoption de cette stratégie n'entraîne pas la suppression du dépistage actuel, par le dosage des marqueurs sériques maternels, pratiqué au 2e trimestre de la grossesse. Mais les recommandations préconisent de réserver ce dépistage aux femmes qui n'auraient pas pu bénéficier du dépistage combiné du 1er trimestre, pour des raisons de délai ou parce qu'une mesure adéquate de la clarté nucale n'aurait pu être réalisée.

Par ailleurs, lorsque les conditions de l'organisation d'un dépistage combiné au 1er trimestre, notamment la disponibilité des marqueurs sériques du 1er trimestre, ne peuvent être garanties, une stratégie de dépistage séquentielle en deux temps, reposant sur la mesure de la clarté nucale au 1er trimestre et le dosage des marqueurs sériques du 2e trimestre peut être proposée aux femmes, dès lors que le calcul du risque de trisomie 21 au 2e trimestre intègre l'information issue de la mesure de la clarté nucale.

Autre recommandation importante : la HAS a considéré que la réalisation d'un diagnostic prénatal d'emblée (amniocentèse) pour les femmes de 38 ans et plus n'était plus justifiée en raison des performances actuelles du dépistage dans cette tranche d'âge.

*En quoi les recommandations et les particularités de leur mise en œuvre vont-elles améliorer la qualité du dépistage ?*

Lorsque la Direction générale de la santé, en association avec le CNGOF et le Ciane, a saisi la HAS sur cette question, l'objectif principal était donc l'amélioration de la qualité du dépistage.

Or, deux éléments devraient y concourir : l'amélioration de la performance du dépistage et la mise en place d'un système d'assurance qualité pour la mesure de la clarté nucale.

Aujourd'hui, en France, le taux de détection se situe autour de 70 %, pour les marqueurs sériques du 2e trimestre et le taux global d'amniocentèses autour de 11%. Le dépistage combiné du 1er trimestre permet d'améliorer les taux de détection de la trisomie 21 (autour de 80-85 %) et de diminuer les taux de faux positifs (5%) susceptibles de conduire à une amniocentèse.

De même, la mise en place d'un système d'assurance qualité pour la mesure de la clarté nucale devrait permettre une amélioration de la qualité des pratiques.

Actuellement, seul le dosage des marqueurs sériques maternels au 2e trimestre, s'accompagne d'un système de contrôle qualité. L'engagement de tous les acteurs du dépistage, biologistes, échographistes..., au respect de critères de qualité dans le cadre du

développement professionnel continu est un gage d'amélioration de la qualité du dépistage proposé aux femmes enceintes.

Références :

- ✚ Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21.
- ✚ Arrêté du 23 juin 2009 relatif à l'information, à la demande et au consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels et à la réalisation du prélèvement et des analyses en vue d'un diagnostic prénatal in utero prévues à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique.

## **Usager selon P. Lascoumes :**

Trois types de destinataires :

- *L'administré* : destinataire passif de la règle publique. Il est en conformité, soumis, discipliné
- *L'usager* : lié à la conception de Santé Publique, il a des droits, des devoirs, des responsabilités
- *Le client* : relation contractuelle individualisée dans la dimension économique (centrale).

Cinq niveaux de démocraties participatives :

- *Discours managérial* : le rapport à la clientèle est une technique de réorganisation et de mobilisation du personnel
- *Efforts de modernisation des fonctionnements organisationnels par le renforcement de la communication aux usagers*
- *Démocraties de proximité* : structuration d'une continuité des échanges sur la connaissance des besoins, la recherche de solutions et le suivi des décisions
- « *Empowerment* » : reconnaissance d'une identité légitime et attribution de moyens d'actions ; contre-pouvoir
- *Démocratie participative pleine et entière* : combinaison de plusieurs types de représentations et articulation des procédures de délibérations différenciées.

<b>Degré d'importance de la place de l'utilisateur selon</b>	<b>Le point de vue des professionnels</b>	<b>Le point de vue des associatifs</b>
<i>1- niveau managérial</i>	Fort : « l'utilisateur est au centre du système de soin »	Faible : les logiques d'organisation professionnelles sont toujours prédominantes
<i>2- niveau de la modernisation</i>	Fort : l'information du patient et la qualité de son accueil sont centraux	Faible : plus d'actions de communication que de changements substantiels
<i>3- niveau de la démocratie de proximité</i>	Moyen : actions d'ouverture sur l'environnement social, comités d'utilisateurs	Faible : participation formelle à de nombreuses structures, l'utilisateur est plus souvent une caution qu'un acteur
<i>4- niveau de l'empowerment</i>	Fort : les associations sont financées, disposent de moyens « maison d'utilisateur », consultées sur tout	Moyen : pouvoir conquis mais fragiles. Financement, agrément, auto-organisation (CISS)
<i>5- niveau de la démocratie participative</i>	Faible : une dynamique en cours	Faible : démocratisation en grande partie formelle, force du backlash médical

## Pôles de santé :

Le pôle de santé<sup>106</sup> regroupe dans un même territoire des professionnels de santé différents, chacun conservant son indépendance et son lieu d'exercice. Même si la loi HPST ne lui impose pas l'obligation d'élaborer un projet de santé, les concepteurs du modèle, principalement représentés par six URML du Nord ouest le définissent par l'articulation de trois notions : un projet professionnel, un projet de santé et un projet de territoire. Mettant en avant une logique d'aménagement du territoire, les professionnels de santé promoteurs se proposent d'organiser, sur un bassin de vie, la majorité des cabinets médicaux et paramédicaux qui y sont présents, dans le cadre d'un projet professionnel.

En formalisant le projet professionnel, les membres du pôle s'engagent à partager des tâches et des actes, en mutualisant certains moyens et en échangeant régulièrement des données concernant les malades. Le « projet de santé territorial » se construit alors de façon progressive selon le degré d'intégration des différents professionnels y participant, en adoptant des objectifs de santé publique en direction des patientèles concernées.

On passe, en effet, de la notion de patientèle d'un cabinet à la notion de population d'un territoire.

Ils bénéficient de subventions du FIQCS, au même titre que les réseaux de santé.

Ces pôles présentent un intérêt indéniable : des expériences pragmatiques, s'appuyant sur l'existant (médecins et paramédicaux déjà installés, hôpitaux de proximité, EPHAD ...), le projet immobilier n'étant évoqué qu'en cas de nécessité. Elles procèdent par étape, laissant un temps de maturation et d'intégration progressive tant aux professionnels qu'aux projets de santé publique construits par « briques ».

Les pôles de santé constituent ainsi une formule bien adaptée à des professionnels en exercice isolé, permettant un travail extensif sur la qualité et l'échange de pratiques.

Les freins principalement évoqués par les promoteurs sont en rapport avec le financement (il concerne, de façon prépondérante, l'ingénierie d'élaboration des projets, et le coût de fonctionnement dont l'investissement informatique - un système d'information performant est lié au caractère multi-sites de ces pôles et doit permettre les échanges entre membres pour faciliter la gestion, la formation professionnelle ; il doit également faciliter le lien avec d'autres structures sanitaires, en premier lieu l'hôpital) ; l'investissement immobilier est considéré comme secondaire, les projets immobiliers étant rarement nécessaires. Le statut juridique, quant à lui, est marqué par le manque de cadre juridique adéquat, et **l'absence de valorisation de certaines fonctions** essentielles au bon fonctionnement de la structure comme la coordination, la coopération et la santé publique doit être réévaluée.

---

<sup>106</sup> Cf. Rapport sur le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, commandé par Mmes Bachelot, Amara et M. Falco, lettre de mission de juin 2009

# ENQUETE COMPARATIVE DES RESEAUX DE PERINATALITE<sup>107</sup>

Madame, Monsieur,

La présente enquête est destinée à faire état des lieux actualisé des pratiques au sein des réseaux de périnatalité. En effet, étant sage-femme cadre et étudiante en Master 2 « Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique » (PPASP) à l'EHESP, je me propose ici de réaliser un mémoire sur **les spécificités des réseaux de périnatalité**, spécificités au regard du champ très large des réseaux de santé. Une part du travail consiste à élaborer un recensement des actions menées ; les organisations en réseaux de périnatalité étant si plurielles, il semble nécessaire de laisser à chacun le soin d'exposer ses particularités et l'avancée des missions communes.

Je vous sollicite donc pour compléter ce questionnaire que j'ai voulu le plus facile à remplir possible. Il vous sera possible de me le remettre en fin de journée. Si vous préférez le remplir ultérieurement, merci de le retourner à l'adresse suivante :

Isabelle Razoir  
4 rue Millig Ar Skanv Dit Glenmor  
35 235 Thorigné- Fouillard

Si vous le désirez, Il vous sera fait un retour des résultats.

Merci beaucoup de votre aide et de votre compréhension.

Retour des résultats souhaité

Isabelle Razoir

*Petite note explicative : les cases non cochées correspondront aux réponses négatives. Seules les cases cochées seront validées comme réponses affirmatives. Il peut y avoir plusieurs réponses positives.*

IDENTIFICATION TERRITOIRE COUVERT DU RESEAU	COMPOSITION DE L'EQUIPE DE COORDINATION	PATIENTELE (nombre de grossesses suivies) facultatif

<sup>107</sup> La mise en page de référence n'était pas compatible avec la mise en page du mémoire. La police ne correspond donc pas à ce qui a été présenté aux enquêtés.

**Quelles sont les activités gérées par le réseau ?**

Coordination de la mise en œuvre de la réglementation, des recommandations cliniques <input type="checkbox"/>	Cellule de transferts <input type="checkbox"/>
Prise en charge psychosociale : <input type="checkbox"/>	Coordination du réseau d'aval <input type="checkbox"/>
- Initier l'Entretien prénatal précoce <input type="checkbox"/>	Conception de protocoles, référentiels <input type="checkbox"/>
- Coordonner les actions autour des EIPP <input type="checkbox"/>	Combien ? .....0 à 7 <input type="checkbox"/>
- Initier les staffs médico-psycho-sociaux <input type="checkbox"/>	.....8 à 15 <input type="checkbox"/>
- Coordonner les staffs médico-psycho-sociaux <input type="checkbox"/>	.....16 à 23 <input type="checkbox"/>
- Coordonner les comorbidités psychiatriques <input type="checkbox"/>	.....24 à 30 <input type="checkbox"/>
- Initier des mesures d'amélioration de l'accompagnement des décès <input type="checkbox"/>	.....31 à 38 <input type="checkbox"/>
	.....39 à 46 <input type="checkbox"/>
	.....47 à 54 <input type="checkbox"/>
	.....55 et plus <input type="checkbox"/>
Formation continue pluridisciplinaire : <input type="checkbox"/>	Evaluation de ces protocoles, référentiels <input type="checkbox"/>
- Sur site demandeur <input type="checkbox"/>	.....systématique <input type="checkbox"/>
- Hors site demandeur <input type="checkbox"/>	.....fréquente <input type="checkbox"/>
	.....rare <input type="checkbox"/>
Etudes, recherches <input type="checkbox"/>	Journées de discussion éthique <input type="checkbox"/>
Evaluations des pratiques cliniques <input type="checkbox"/>	.....régulières <input type="checkbox"/>
Etudes rétrospectives des cas difficiles <input type="checkbox"/>	.....irrégulières <input type="checkbox"/>
	.....occasionnelles <input type="checkbox"/>
Journées événementielles à destination des professionnels <input type="checkbox"/>	Diffusion de l'information à destination des professionnels :
A quel rythme ? .....	- Annuaire des professionnels ressources <input type="checkbox"/>
Quelques exemples : .....	- Visioconférence <input type="checkbox"/>
.....	- Edito du réseau <input type="checkbox"/>
.....	Diffusion de l'information à destination des usagers :
.....	- Missions du réseau <input type="checkbox"/>
.....	- Annuaire des professionnels ressources <input type="checkbox"/>
.....	- Education en santé <input type="checkbox"/>
Journées événementielles à destination des usagers <input type="checkbox"/>	Dossier périnatal partagé <input type="checkbox"/>
A quel rythme ? .....	Informatisé ? <input type="checkbox"/>
Quelques exemples : .....	Indicateurs morbidité / mortalité / transferts
.....	- PMSI / SAE <input type="checkbox"/>
.....	- Recueil informatisé sur sites <input type="checkbox"/>
.....	- Recueil manuscrit sur sites <input type="checkbox"/>
.....	- Outils Peristat <input type="checkbox"/>
.....	- Autres <input type="checkbox"/>
.....	.....
.....	.....
Outils de liaison : <input type="checkbox"/>	Formalisation des modalités d'entrée et de sortie au sein du réseau : <input type="checkbox"/>
- Fiche de transfert <input type="checkbox"/>	- A destination des usagers <input type="checkbox"/>
- Fiche « d'événement indésirable » <input type="checkbox"/>	- A destination des professionnels <input type="checkbox"/>
- Carnet de suivi de grossesse <input type="checkbox"/>	- Traçabilité <input type="checkbox"/>
- Autres ..... <input type="checkbox"/>	

**Quelles spécificités de coordination repérez-vous ?**

<p>Rythme de rencontres avec les partenaires professionnels du réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur site une fois par trimestre <input type="checkbox"/></li> <li>- Sur site deux fois par an <input type="checkbox"/></li> <li>- Sur site une fois par an <input type="checkbox"/></li> <li>- Dans les locaux du réseau une fois par trimestre <input type="checkbox"/></li> <li>- Dans les locaux du réseau deux fois par an <input type="checkbox"/></li> <li>- Dans les locaux du réseau une fois par an <input type="checkbox"/></li> <li>- Autres <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Coordination avec des acteurs hors champ sanitaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PMI <input type="checkbox"/></li> <li>- Partenaires médicosociaux <input type="checkbox"/></li> <li>- Partenaires sociaux <input type="checkbox"/></li> <li>- Autres <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>Quelques exemples :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				
<p>Modalités de représentation des usagers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au CA de l'organe de soutien du réseau <input type="checkbox"/></li> <li>- Consultations des associations d'usagers <input type="checkbox"/></li> <li>- Interpellation des associations d'usagers <input type="checkbox"/></li> <li>- Participation à l'évaluation du réseau <input type="checkbox"/></li> <li>- Autres <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Coordination avec d'autres réseaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réseaux de périnatalité voisins <input type="checkbox"/></li> <li>- Autres réseaux de santé <input type="checkbox"/></li> <li>- Réseaux sociaux, d'usagers <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>Sur quel mode ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Difficultés de mobilisation de certains professionnels</b></p>	<b>Raisons évoquées de non participation (les plus récurrentes)</b>				
	<p>Absence d'indemnisation compensatoire, de remplacement</p>	<p>Trop de sollicitations, manque de temps</p>	<p>Déjà compétent dans l'action menée</p>	<p>Objectifs non perçus, absence de besoin</p>	<p>Autres</p>
<p>Médecins généralistes <input type="checkbox"/></p>					
<p>Médecins de PMI <input type="checkbox"/></p>					
<p>Médecins spécialistes libéraux de ville <input type="checkbox"/></p>					
<p>Médecins spécialistes libéraux en clinique <input type="checkbox"/></p>					
<p>Médecins spécialistes en PSPH <input type="checkbox"/></p>					
<p>Médecins hospitaliers <input type="checkbox"/></p>					
<p>Cadres SF, cadres de santé <input type="checkbox"/></p>					
<p>Sages-femmes libérales <input type="checkbox"/></p>					
<p>Sages-femmes salariées <input type="checkbox"/></p>					
<p>Sages-femmes de PMI <input type="checkbox"/></p>					
<p>Infirmières – puéricultrices <input type="checkbox"/></p>					
<p>Pédopsychiatres <input type="checkbox"/></p>					
<p>Psychologues <input type="checkbox"/></p>					
<p>Assistantes sociales <input type="checkbox"/></p>					
<p>Personnels des établissements médicosociaux <input type="checkbox"/></p>					
<p>Autres <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>					



