

PREMIÈRE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 1 - Apprentissage de l'exercice médical

Question 13

Organisation des systèmes de soins - filières et réseaux

Rédaction : M.C.Hardy-Baylé

Objectifs pédagogiques généraux

- Connaître dans son esprit et sa réalité l'organisation du système de soins propre à la psychiatrie

Objectifs pédagogiques spécifiques

- Connaître l'organisation de la psychiatrie publique centrée sur le secteur
 - Connaître les diverses structures de soins en psychiatrie, hospitalières et extra-hospitalières : rôle, fonctions, indications.
 - Connaître le dispositif (hospitalier et extra-hospitalier) de prise en charge des urgences psychiatriques
-

Les réseaux de santé

1. Les réseaux de santé dans les textes

Les réseaux, dont la reconnaissance par voie légale a été tardive par rapport aux premières expériences de terrain, ont initialement été développés à l'initiative des professionnels soignants et ont concerné les pathologies dans lesquelles l'interdépendance d'acteurs différents était forte comme dans le suivi de patients présentant une pathologie sidéenne. Les centres anti-tuberculeux ou la politique de secteur en psychiatrie impliquant prévention, soins et réinsertion pour des pathologies au long cours ont été également considérés comme les précurseurs des actuels réseaux de santé.

Avant que les textes ne viennent consacrer le terme de réseaux de santé, de nombreuses définitions ont été donnée aux réseaux, visant à répondre à la

diversité des expériences de coopération entreprises par les professionnels de terrain.

Les textes viennent formaliser, sur la base de critères objectifs et harmonisés, les contours restés jusqu'alors très flous, de tout réseau de santé.

Parallèlement, les principes généraux et les bases méthodologiques de l'évaluation des réseaux de santé ont été posés, le cadre réglementaire des réseaux de santé et leurs principales obligations ont été définis et, récemment l'ANAES a mis à la disposition des professionnels les outils concrets de l'évaluation de la pertinence et de l'efficacité attendues des réseaux.

L'article L. 6321-1 du Code de la santé publique précise les missions des réseaux de santé : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ».

En pratique, différents éléments de définition rendent les réseaux de santé spécifiques et superposables à aucune offre de santé existante.

Ce texte, en formalisant les missions d'un réseau de santé, le distingue d'une part de toute offre de soins existant déjà (notamment, pour la psychiatrie, de l'offre publique du secteur psychiatrique) et d'autre part de toute forme de collaborations confraternelles classiques (du type, réseaux personnalisés et informels de correspondants habituels que possède tout médecin ou professionnel sanitaire ou social).

Le texte présuppose que de tels réseaux sont nécessaires pour permettre d'améliorer l'offre de soins là où un acteur (ou une institution) pris isolément ne pourrait le faire.

Des distinctions antérieures, il faut garder l'idée que deux types de démarches différentes, toutes deux impliquant des liens partenariaux entre divers professionnels, peuvent relever de cette définition « globale » d'un réseau de santé. Si, dans ces deux démarches, le partenariat est requis entre professionnels d'horizons différents, la nature et les objectifs du partenariat ne sont pas équivalents.

La première démarche caractérise des réseaux plus orientés vers la prise en charge de pathologies spécifiques, s'appuyant sur des protocoles de soins pour lesquels un consensus existe. Dans cette perspective, la dynamique du réseau repose sur l'acceptation des partenaires de s'inscrire dans le protocole de soins

ou le protocole organisant les liens entre les partenaires intervenant dans la prise en charge du patient.

Ces réseaux que l'on peut nommer « réseau de prises en charge spécifiques » visent à répondre à un problème de santé publique pour lequel des protocoles de soins existent ou seront rapidement élaborés. Ces protocoles permettent d'organiser la place et les missions de chacun des intervenants dans la trajectoire de soins des patients. La démarche repose sur une prise en charge selon un protocole médical et organisationnel défini, appliqué par les différents professionnels en charge du patient pour une pathologie spécifique.

Ce type de réseau peut être schématisé sur le mode d'une réponse apportée aux différents acteurs à un problème repéré de santé publique.

L'évaluation de ce type de réseau repose pour l'essentiel sur des données liées à la file active (nombre de patients pris en charge dans le réseau, difficultés rencontrées dans l'application du protocole (sortie des patients du protocole, situations d'urgence ...) et sur l'élaboration et les évolutions du ou des protocoles de soins pour les patients présentant la pathologie « cible » du réseau.

L'autre démarche caractérise les réseaux de coordination, (précédemment nommés réseaux secondaires) qui posent le partenariat comme seul susceptible de répondre à des questions de nature organisationnelle voire de soins auquel aucun consensus préalable (protocoles de soins ou protocoles organisant la place et la mission de chaque acteur de santé) ne permet de répondre.

Comme certains auteurs le soulignent, une telle coordination large, collective, telle qu'un réseau secondaire ou de coordination la propose, s'impose « quand le niveau d'interdépendance est élevé entre les acteurs. Elle est particulièrement bien adaptée à des situations où les problèmes de santé sont multiples ou complexes, aux contours flous dont l'évolution dans le temps et dans l'espace est incertaine. Les problèmes chroniques qui menacent l'autonomie des personnes fragiles correspondent bien souvent à un tel niveau de complexité ».

Ces réseaux sont véritablement des réseaux de santé dans la mesure notamment où ils intègrent, dans cette complexité, les dimensions de prévention, de soin et d'insertion et de ce fait impliquent des acteurs n'appartenant pas au seul domaine sanitaire.

Dans cette définition extensive du réseau de santé, la psychiatrie peut trouver une place particulièrement adaptée à ces besoins. En effet, plus que dans toute autre discipline, la psychiatrie est requise dans des champs d'une diversité telle que les contours de son champ deviennent flous et l'interdépendance des acteurs y intervenant très élevée.

2. Réseau de santé et psychiatrie

Comme le stipule l'article D.766-1-2 du code de la santé publique, « les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social ».

Ces objectifs, faut-il le rappeler, sont ceux que s'étaient fixés les promoteurs de la politique de secteur en psychiatrie dans les années 60-70.

Cependant, le paysage de l'offre de soins en psychiatrie s'est largement modifié depuis les années 70 et le secteur public n'est plus le seul à assurer la prévention, l'éducation, les soins et le suivi sanitaire et social des personnes de son secteur géographique présentant une souffrance psychique associée ou non à un trouble mental avéré.

L'enjeu d'un réseau de santé en psychiatrie est de décloisonner les espaces de soins (dont les oppositions sont bien connues), que traverse le patient au cours de sa trajectoire de santé, en particulier les différentes modalités de fonctionnement des secteurs, de renforcer les liens « ville - hôpital » et de développer le partenariat entre le champ sanitaire et le champ social. Il est essentiel de voir dans le développement des réseaux de santé une opportunité de renouer avec une tradition de partenariat où les missions et les spécificités de chacun sont posées dans le partage et où les dispositifs mis en œuvre sont pensés et appliqués en partenariat. La valeur ajoutée d'une coordination tient essentiellement à la possibilité de mêler savoir académique et savoirs liés à l'expérience d'une grande diversité d'acteurs (psychiatres hospitaliers et libéraux, médecins généralistes, psychologues hospitaliers et libéraux, personnels paramédicaux pour le seul champ sanitaire) pour apporter les réponses les plus pertinentes, en l'état des connaissances actuelles, à chaque situation clinique rencontrée et d'orienter le patient vers le professionnel le plus adapté à son état.

A titre d'exemple, le 1^{er} réseau de santé mentale ayant obtenu un financement par le FAQSV et la DRDR a été le Réseau de Promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud, réseau de coordination de l'ensemble des acteurs du territoire du Sud Yvelines. L'objectif de ce type de réseau est double : organisationnel et médical. Dans un premier temps, il s'est attaché à améliorer l'accès au soin, la continuité des prises en charge, en réponse à des dysfonctionnements réels repérés dans la trajectoire de soins des patients, par la confrontation des connaissances et des attendus de chacun des métiers concernés dans l'accès aux soins et le suivi des patients. Un tel réseau impose un partenariat dès la définition des problématiques relevées « sur le terrain » et repose sur le postulat que la conception et la mise en œuvre de dispositifs

innovants de réponse aux dysfonctionnements repérés ne peut procéder que d'un partage de connaissances. Cependant, lorsque la formalisation des liens entre les différents acteurs aux différentes étapes de la trajectoire de santé des patients a été posée, il s'avère que lorsque les questions d'organisation sont résolues, il reste des vraies questions qui touchent à la pratique clinique et à ce que l'on pourrait appeler les « points aveugles » des théories du fait psychique ou les « impensés » de la clinique, que l'exercice professionnel impose pourtant de penser. Tant que ces questions ne sont pas traitées, l'amélioration des pratiques de soins et donc de la prise en charge des patients n'est pas satisfaisante, même si des dysfonctionnements réels (facilité et délais d'accès au spécialiste, organisation de la réponse aux situations d'urgence...) sont résolus. Ces questions cliniques qui se posent alors sont nombreuses : pourquoi proposer et sur quels critères décider d'une hospitalisation ? Pour quels bénéfices attendus ? Quels sont les objectifs de soins que l'on peut se fixer à ce moment de l'évolution pour ce patient là ? Quels leviers de changement psychique peut-on mettre à sa disposition ? Quelles connaissances des autres modalités thérapeutiques possède chaque praticien pour juger de celle qui est finalement retenue ? La liste est longue des questions que pose la clinique et auxquelles les « savoirs académiques » n'apportent pas de réponse et face auxquelles, sans conteste, les professionnels de la psychiatrie répondent les uns et les autres de manière différente. Le cloisonnement entre professionnels d'exercice et de compétences diversifiés en santé mentale ne permet souvent pas que ces questions soient abordées entre professionnels institutionnels et libéraux, généralistes et spécialistes, médecins ou psychologues.

En permettant d'améliorer l'organisation des soins, de travailler sur la place de chaque professionnel dans la prise en charge des patients, en créant un espace de confiance, de débat entre professionnels à partir de prises en charge communes de patients, le réseau permet de déplacer la question du plan organisationnel à celui des pratiques professionnelles. Ce débat est particulièrement difficile, intéressant et nécessaire en santé mentale, domaine dans lequel il n'existe pas de protocoles de soins, susceptibles de répondre aux questions cliniques posées. C'est pourquoi le réseau permet un travail essentiel, fondamental pour la discipline et la qualité réelle de la prise en charge.

3. Le financement des réseaux

Si la Loi permet d'intégrer une grande diversité de réseaux, et répond au fait que la mise en œuvre et la conception même d'une organisation en réseau peut se poser de façons différentes selon les disciplines médicales concernées, selon l'existence ou non de protocoles ou de référentiels de soins, selon la place de la prévention et de l'insertion, selon le nombre et la diversité des acteurs

concernés, les obligations de tout réseau ont été plus précisément décrites par les organismes en charge de financer ce type de dispositif.

Parmi ces enveloppes financières destinées au développement des réseaux, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), créé (Article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale 98-1144 du 23-12-1998 pour 1999 modifié par les articles 25, 27 et 39 de la loi de financement pour 2002) au sein de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés « participe à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville et contribue au financement d'actions concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation, à la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé ».

L'article 36 de la Loi de financement de la sécurité sociale 2001-1246 du 21/12/2001 pour 2002 crée la Dotation des Développements des Réseaux, sous la double responsabilité, au niveau régional, du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et du directeur de l'Union Régionale des caisses d'assurance maladie. Cette double responsabilité témoigne du souci de coordonner l'offre de soins de ville et hospitalière. Il est stipulé dans cet article la nécessité pour prétendre au statut de réseau de santé de répondre à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation précis, fixés par décret.

Tout réseau de santé doit par ailleurs se doter d'un statut juridique lui permettant de recevoir des fonds et d'une plate-forme administrative et financière pour en assurer la gestion. Les formes juridiques relèvent soit de groupements de coopération sanitaire (GCS), de groupements d'intérêt économiques (GIE), de groupements d'intérêt public (GIP) ou d'associations.

4. Les obligations des réseaux

Tout réseau doit répondre à un certain nombre de contraintes pour prétendre à un financement, en particulier il devra préciser :

- a. la population concernée (pathologies et/ ou caractéristiques de la population)
- b. les thématiques du réseau : quelles sont les raisons qui ont présidé au lancement du projet ? ce projet répond-il à une priorité de santé ? quelle est la valeur ajoutée attendue du projet (en regard de l'offre existante) ?
- c. l'aire géographique : la notion de territoire de santé correspond bien au souci de voir s'élaborer une structure de coordination territoriale des acteurs de santé pour une meilleure organisation de l'offre de soins au sein du territoire choisi. La notion de « projet médical » de territoire

vient souligner l'importance de la compétence soignante dans l'élaboration de cette offre de soins.

- d. les objectifs « opérationnels » : nature des services rendus ? Actions mises en œuvre ? indicateurs de suivi de ces objectifs, des services et des actions.
- e. les acteurs concernés : présenter les acteurs qui participent effectivement à la mise en œuvre du réseau.
- f. les modalités de fonctionnement du réseau : les outils du réseau le permettent (charte, règlement intérieur, fiche d'information des patients, conventions, dossier médical commun, site web, protocoles de soins lorsqu'ils existent, protocoles organisationnels, tableau de suivi interne....)
- g. le parcours suivi par le patient tout au long de la prise en charge par le réseau. La constitution de ces cohortes de patients permet un « retour sur les décisions de soins », élément essentiel de la réflexion clinique nécessaire à l'amélioration de la qualité des soins.
- h. l'économie du projet (bilan financier).

5. L'évaluation dans le cadre des réseaux

L'évaluation dans le cadre d'une organisation en réseau est un élément essentiel. Il s'agit en effet de pouvoir apporter la preuve, d'une part qu'un réel partenariat a été mis en place, d'autre part qu'une amélioration de l'offre de soins ou de l'offre de santé a été obtenue.

Récemment l'ANAES a établi les critères d'évaluation que tout réseau de santé ou de soins se doit de respecter. Il est rappelé (Art D. 766-1-2 se référant à la dotation des réseaux) que « chaque réseau met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne ».

Les protocoles de soins sont un ensemble de règles à respecter, des codes conçus et des gestes à effectuer au cours de certains traitements.

Les protocoles organisationnels sont « des documents formalisant les engagements des acteurs du réseau, l'organisation et les outils devant être utilisés par les membres du réseau lors de la prise en charge d'un patient ».

Enfin, la notion de parcours du patient est définie comme « le chemin suivi par le patient tout au long de sa prise en charge par le réseau. La vocation d'un réseau de santé étant de redéfinir un parcours cohérent par rapport à la prise en charge traditionnelle, en offrant des services, en déterminant le bon professionnel de santé afin d'assurer la qualité, la continuité, la coordination et l'accès aux soins ».

Si, dans des réseaux de psychiatrie, le même souci d'évaluation est exigé, force est de constater que, compte tenu de la spécificité de cette discipline, la démarche d'évaluation nécessite d'être adaptée. Nous avons déjà évoqué l'absence de protocoles de soins ou même organisationnels établis. Il est donc essentiel de poser que les élaborer relève d'objectifs et non d'éléments pré-existants au réseau et susceptibles de le structurer en l'appliquant à l'ensemble des acteurs.

Il est ainsi essentiel de distinguer différents niveaux d'évaluation.

Un premier niveau d'évaluation, qui ne pose pas de réelle difficulté, est celui du fonctionnement institutionnel du réseau, qui tend à montrer que le réseau existe et vit. Les critères sont essentiellement de nature quantitative : nombre de professionnels adhérents, nombre de réunions, nombre de participants aux réunions.....

Un second niveau est celui de l'évaluation spécifique des actions. Certaines actions, dans un réseau de santé, se prêtent plus facilement que d'autres aux indicateurs habituels retenus par l'ANAES (nombre de patients inclus dans un protocole, suivi de sa trajectoire, en particulier, nombre de consultations et de contacts avec le système de soins et gestion des situations d'urgence, satisfaction du patient et nombre de professionnels inclus dans cette démarche...).

Deux raisons peuvent expliquer cette difficulté. D'une part parce qu'à l'évidence, une même logique ne peut être appliquée à l'ensemble des actions. D'autre part par ce que se pose clairement la question de la distinction entre l'évaluation des organisations et l'évaluation des pratiques cliniques.

Ainsi, l'évaluation d'actions dont l'objectif est l'aide aux aidants, c'est-à-dire toutes les actions que l'on peut appeler indirectes en les distinguant des actions directes impliquant la relation au patient reste aveugle dans cette approche.

Concernant l'évaluation des pratiques cliniques, nous avons montré en quoi elle était particulièrement importante en psychiatrie, puisqu'il n'existe pas de protocoles de soins, et en quoi elle est rendue possible par un travail en réseau. Cette évaluation est la plus importante pour les professionnels du réseau. Elle ne peut apporter, à court terme, de critères dans l'évaluation proposée par la DRDR. Il est indispensable que son apport soit cependant reconnu à sa juste valeur et il y a là un chantier à ouvrir, dans lequel l'ANAES devra sans doute prendre part. Le guide d'évaluation des réseaux de santé écrit par l'ANAES indique que « les items portant plus spécifiquement sur l'évaluation des pratiques professionnelles sont volontairement peu développés, la démarche d'évaluation structurée des réseaux étant encore trop débutante. Ils devront néanmoins être intégrés à la démarche évaluative globale dans un second temps. La démarche d'évaluation est donc ici focalisée sur l'action du réseau en lui-même. »

Un troisième niveau d'évaluation est donc incontestablement celui de l'évaluation des pratiques cliniques qui doit faire l'objet d'un réel intérêt parce qu'il est au cœur des changements.

Enfin un quatrième niveau est celui de la pertinence institutionnelle du réseau et qui implique de travailler sur les coûts globaux du réseaux (comptabilité analytique du réseau mais aussi analyse des dépenses consacrées à la psychiatrie sur le demi-département et de leur évolution) et de les mettre en regard avec les évolutions globales sur la zone géographique concernée. Ces évolutions sont perceptibles à travers de nombreux indicateurs de natures différentes (critères en population générale, position des collectivités territoriales, évolutions globales des files actives suivies en psychiatrie...), mais qui ne trouvent pas de place dans les évaluations anticipées par la DRDR.

6. Les réseaux : une révolution des rapports professionnels

Un réseau de santé est un lieu de débat, où les professionnels travaillent sur des dysfonctionnement de l'offre de soin et proposent des solutions innovantes, en termes d'actions spécifiques, de formation ou de réajustement des relations entre professionnels. Cela demande une grande confiance entre acteurs de santé et apporte une connaissance de l'offre de soins et de ses potentialités qu'aucun autre lieu ne permet de la même façon.

Ce point est essentiel. Sans pouvoir développer ici une analyse sociologique sur l'évolution des rapports au travail dans le cadre d'un réseau, il est important de comprendre que le travail en réseau est fondé sur la créativité des professionnels, sur une liberté nouvelle dans le travail autour d'un projet et sur la confiance entre les partenaires. Un réseau n'est pas seulement un nouveau dispositif de soin dans lesquels on demande aux soignants de prendre une place spécifique. Le réseau porte en lui de nouvelles valeurs. Aux maîtres mots du management des années 70-80, « encadrement », « planification », « évaluation quantifiée » viennent se substituer des notions comme « refus de la hiérarchie, de l'encadrement, de la planification », « multiplicité des contacts », « évolutivité », « rôle des leaders ». Le centre de l'action devient le projet, sa réalisation, son évaluation. Il s'agit d'une approche souple et changeante des rapports au travail, qui implique que l'ensemble des acteurs change de position. Penser le réseau comme l'application de protocoles serait passer à côté du véritable changement que permettent les réseaux, ce serait aussi sans doute enlever de la motivation aux professionnels du soin et ne pas donner les garanties de pérennité à la démarche.