



**Rapport de mission**  
**Les réseaux «addictions»**

**Dr Pierre Poloméni**

**MILDT/DGS/DHOS**

**avril 2002**

Le rapport «réseaux addictions» finalisé en octobre 2001, répond à une lettre de mission MILDT/DGS/DHOS. Cette synthèse au 31 mars 2002 permet:

- d'actualiser les réflexions en fonction des évolutions de l'environnement, légal en particulier.
- de condenser l'état des lieux et les possibilités de développement

Dr Pierre Poloméni

Introduction.....	3
I - Perceptions et connaissances des réseaux .....	5
II- Les associations nationales : dynamiques et limites.....	6
III- Recherche bibliographique.....	8
IV- Recensement.....	11
V - Etat des lieux.....	12
VI- Les réseaux à partir des circulaires, décrets et ordonnances.....	17
VII- Modalités générales de fonctionnement.....	19
Quelle personnalité morale pour les réseaux ? .....	22
Un agrément pour les réseaux.....	23
Les difficultés et les enjeux de l'évaluation .....	25
La formation dans les réseaux.....	27
Chartes.....	30
Les acteurs de réseaux. Responsabilité professionnelle .....	32
Accès aux soins, prévention, éducation, partenariat avec les patients .....	34
La difficulté spécifique des médecins généralistes.....	36
La souffrance des soignants : groupes de parole .....	37
Dossier médical commun, Informatique.....	37
Conclusion .....	38
Identification de difficultés spécifiques et propositions .....	43
Annexe 1 : Lettre de mission .....	53
Annexe 2: Textes de référence en matière de réseaux.....	54
Annexe 3 : Bibliographie générale et contributions .....	55
Annexe 4 : Pour créer un réseau .....	58
Annexe 5 : Ingénierie des réseaux .....	59

## Introduction

Le travail en réseaux est aujourd'hui un vaste "fourre-tout" où cohabitent des organisations, des moyens, des projets, radicalement différents. Le cadre légal des réseaux s'est construit à partir de circulaires référées à une pathologie identifiée, puis avec les ordonnances "Juppé" d'avril 1996, avec le décret du 12 novembre sur le FAQSV (fonds d'amélioration de la qualité des soins en ville) et la circulaire du 25 novembre 1999, et très récemment par la Loi du 4 mars 2002. Ces textes génèrent la mise en place de "réseaux " avec des définitions et des moyens radicalement différents.

"Sur le terrain" la situation est complexe associant enthousiasme, perplexité, usure, oppositions. La juxtaposition d'engagements personnels de médecins, souvent militants d'une certaine forme de médecine, la lassitude de nombreux autres soignants face à l'importance de leur tâche, et des hésitations légales et réglementaires ne permettant pas un fonctionnement pérenne, fragilisent les structures et le devenir des réseaux. Ceci avait été noté dans la lettre de mission.

Pour ce travail, nous retiendrons la définition des réseaux suivante (proposée par la coordination nationale des réseaux - CNR): "Le réseau constitue à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté."

En 2000, la quasi-totalité des réseaux " addictions " est encore identifiée spécifiquement "alcool " ou " toxicomanie ".

Ces réseaux sont des collaborations formalisées entre des libéraux (le plus souvent médecins ou pharmaciens), un ou des établissements hospitaliers (urgences, consultations spécialisées...), une ou des structures spécialisées (CSST : centre spécialisé de soins aux toxicomanes, CCAA : centre de cure ambulatoire en alcoologie...), et éventuellement d'autres intervenants : clubs de prévention, travailleurs sociaux, " point écoute ", structures d'insertion, associations d'usagers...

Leurs missions sont théoriquement:

- de permettre une mise à jour des connaissances de façon homogène, active entre les différents acteurs,
- de faciliter l'accès au soins et de coordonner ces différents acteurs pour améliorer la réponse proposée à un patient donné, éventuellement avec un dossier commun,
- d'accueillir, d'évaluer, de proposer un traitement et/ou un accompagnement, de façon pluridisciplinaire, en prenant en compte la personne dans sa globalité médico-psycho-sociale,
- d'avoir des actions de prévention et d'éducation pour la santé, dans une perspective de santé publique.

Ceci dans le domaine des dépendances à des substances psychoactives (essentiellement alcool, tabac, drogues illicites) et dans le respect de règles éthiques et de la confidentialité.

Selon le mode de financement choisi ou obtenu, et donc la présence d'un ou plusieurs salariés, le réseau aura une visibilité et des possibilités d'interventions extrêmement différentes.

Deux grandes mutations renforcent les difficultés d'organisation dans le domaine des addictions:

- évolution (âge, produits multiples, psychopathologies...) des usagers de substances psychoactives,
- évolution des conceptions théoriques avec le développement de la notion d'addiction.

Ainsi, dans la logique du plan triennal du gouvernement pour la MILDT de juin 1999, et grâce à la Loi du 2 janvier 2002, les structures –alcoolologie et toxicomanie– se rapprochent dans le concept d'addiction, et acquièrent un nom commun : Centre de Soins, d'Accompagnement, de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Tous ces points semblent provoquer un épuisement des premiers militants et une mutation difficile des pratiques sur un fond de revendications vis-à-vis de l'administration.

Malgré ces difficultés, et pour répondre justement aux mouvements et aux besoins de la population, la question des réseaux est d'actualité et les objectifs cités plus haut participent de façon majeure à l'amélioration quantitative et qualitative de la prise en charge des usagers de substances psychoactives.

Les Pouvoirs Publics sont concernés à plusieurs niveaux :

- mise en œuvre d'une politique de repérage et de prise en charge précoce,
- harmonisation des moyens et des propositions thérapeutiques sur le territoire par une ouverture de nouvelles structures ou une rééquilibrage des budgets entre les régions,
- optimisation des budgets consacrés à la santé grâce à une évaluation des moyens engagés par rapport aux " résultats " obtenus.

C'est dans ce contexte, brièvement exposé, que la MILDT, la DGS et la DHOS ont désiré faire un état des lieux des réseaux "addictions" existants, les problèmes rencontrés ou les bénéfices remarqués, afin de déterminer des modalités d'amélioration de ces réseaux. Il est clairement exprimé dans la mission que le recrutement de nouveaux médecins est un enjeu important des réseaux.

La problématique à explorer est donc:

- "comment travailler mieux et davantage ensemble en matière d'addictions ?".
- réalité du fonctionnement des réseaux toxicomanie et réseaux alcool, ou tabac,
- perspectives de structuration et de développement, outils nécessaires,
- implication (quantitative et qualitative) des médecins généralistes.

## **I - Perceptions et connaissances des réseaux par les institutions**

La première partie de la mission a consisté en un large tour d'horizon permettant un état des lieux, des connaissances, des attentes de l'administration.

Il existe un désir de mieux utiliser ces structures, tout en reconnaissant beaucoup d'inconnues sur leur fonctionnement réel, et surtout leur place en "interface" ou en substitution des structures existantes (CSST, dispensaire, CCAA, médecins généralistes...). Le nombre des réseaux existant, leur financement (s'il n'est pas assuré par des subventions DGS ou DHOS), leur fonctionnement précis est mal connu. Leur diversité est ainsi vécue plutôt comme un handicap car gênant la classification, le repérage, le financement, et d'une certaine manière, le contrôle -au sens gestion et évaluation-. L'aspect le plus fort est probablement le questionnement de fond sur leur utilité et réalité même : nombre de professionnels concernés, bénéfiques effectifs pour les patients et l'organisation des soins, dans la mesure où aucune évaluation n'est effective ni réalisable du fait de la diversité des fonctionnements.

Les dernières initiatives pour les recenser ne sont ni exhaustives ni récentes.

On trouve déjà à ce niveau un lien entre les questions sur les réseaux addictions et des questions générales sur les réseaux en général, et on observe en particulier une absence de coordination entre les "recensements", les "financements" et les "réflexions" sur les réseaux existants (ou potentiels) entre les différents services de l'administration. La logique du fonctionnement des réseaux implique des financements très divers ne concernant pas nécessairement l'administration centrale du Ministère chargé de la santé.

Par ailleurs, le trouble terminologique introduit par les différentes définitions des réseaux contrarie aussi leur reconnaissance. Une forme de malentendu met en évidence certaines structures rares, peu représentatives (tels que les réseaux "Soubie"), et oublie les réseaux ville-hôpital les plus nombreux, "bricolant" leur existence.

Des outils existent pour les connaître, les rapports annuels ou certaines enquêtes régulièrement lancées telles que l'enquête nationale sur les Comités départementaux des traitements de substitution. Ces documents comportent des renseignements précieux sur les réseaux mais sont rarement exploités en tant que tels.

Les différentes personnes rencontrées dans l'administration, chacune avec son expérience propre, signalent une certaine démobilité dans les réseaux. Différentes hypothèses sont avancées, comme la fin des années militantes, la meilleure diffusion et prescription des médicaments (de substitution) qui fait entrer les toxicomanes dans une consultation classique, mais aussi les difficultés à renouveler le "pool" des médecins de réseaux.

"inciter à être volontaire est impossible, seule fonctionnerait une "contamination" de proche en proche, qui permettrait à un médecin de voir un intérêt professionnel puis personnel. Alors seulement, la participation à un réseau pourrait être validée par un intéressement financier."

À cette méconnaissance et à cette perplexité, répond la certitude que les réseaux et les professionnels qui les composent représentent un levier important de santé publique. " Les réseaux sont une réponse aux mutations que connaît le système de santé sous l'effet de 4 facteurs : la reconnaissance de la démarche de santé publique ; la nécessaire complémentarité entre acteurs de la santé et du social ; l'informatisation et le développement des systèmes d'information; la montée en puissance de l'expression des consommateurs ". (La Lettre du CORRES, Octobre 2000, Languedoc Roussillon.). L'importance quantitative et qualitative des enjeux de santé, et la nécessité d'un repérage le plus précoce possible rend indispensable l'investissement et la coordination de tous les acteurs.

## **II- Les associations nationales : dynamiques et limites**

Dans un deuxième temps, l'avis général des représentants des professionnels de terrain, ou de ceux parmi eux qui ont la plus longue expérience, a été requis.

Beaucoup admettent l'essoufflement actuel des réseaux et on retrouve l'ambiguïté notée plus haut, car à ce doute est associé un désir de développer ce mode de travail. Par ailleurs, la taille du réseau est source de difficulté : trop petit, son action est limitée et repose sur l'engagement de quelques uns, trop important, il s'institutionnalise et fonctionne beaucoup " pour lui-même ".

L'analyse de la situation prend ensuite en compte l'expérience ou les opinions personnelles. Les propositions sont très diverses, dans la logique de réalisations locales ou d'une vision politique du système de santé.

Ainsi, certains signalent que la priorité est le respect des besoins de la population, et rappellent que les "premiers réseaux" ont une expérience et un savoir-faire dont il faut tenir compte. C'est l'importance de la "capitalisation de l'expérience" à partir des initiatives locales, qui ont fait naître ici ou là, de nouvelles pratiques sanitaires et sociales. C'est à partir du terrain et du quotidien de la rencontre entre des professionnels de santé et des habitants avec la prise en compte des besoins de la population, que peuvent se formaliser d'authentiques réalisations de réseaux. Dans d'autres cas, c'est la place du médecin-référent pour le quartier et la famille qui est mis en évidence. Le cabinet médical est souvent le lieu de la confrontation des souffrances.

Cette capitalisation-succession est aussi justifiée par des craintes de l'épuisement des premiers acteurs et donc des questions sur le renouvellement. Dans ces conditions de logique de succession, une professionnalisation des réseaux leur semble nécessaire.

La poursuite du travail implique des moyens. Ces moyens ne peuvent être obtenus qu'après des moments "douloureux": temps, énergie, sensation de non-compétence pour la rédaction des dossiers, impression d'un combat inégal contre l'administration supposée préférer des réseaux de type " filières " (c'est-à-dire une nouvelle organisation des soins proposée dans un but de maîtrise des dépenses de santé).

L'association GT a interrogé ses adhérents sur leur vision des réseaux et quelques réponses sont reprises ci-dessous :

- l'implication des médecins s'est faite à partir de juin 1996, lorsque des toxicomanes sont venus demander des traitements de substitution. Ne pas accepter était un choix possible, mais ceux qui se sont lancés dans ce travail se sont retrouvés "en réseau" et ont partagé "beaucoup de plaisir" autour de ce nouveau défi. Ils ont ensuite découvert la "transversalité" en rencontrant les travailleurs sociaux, les pharmaciens. Il faut noter que les réseaux Hépatite C sont repérés comme étant eux, beaucoup trop "verticaux" (c'est-à-dire avec des actions qui étaient initiées en haut - à l'hôpital- pour être appliquées en bas -par les généralistes-).

C'est donc une certaine conception de la médecine qui s'est exprimée avec "le patient au centre" et certains médecins en fonction de leurs personnalités se sont sentis très motivés pour agir.

- la formation des médecins ne les a pas du tout préparé à ce type de travail, en particulier sur la "relation", tant au niveau de la formation initiale que continue.

- les réseaux actuels pourraient être accusés de "décourager" du fait de leur expérience, l'investissement de nouveaux confrères, qui se déchargent alors, assez logiquement de patients difficiles sur certains aînés. Une promotion intelligente des réseaux devraient permettre de partager aussi le doute, et donc l'importance d'être "plusieurs".

- "Ce qui soigne les patients, c'est l'empathie", et un réseau permet plus facilement de trouver un soignant adapté lorsqu'un médecin "bloque".

- les réseaux pourraient participer à la rédaction d'un "outil/recette" de la relation avec un toxicomane: ce qu'il ne faut pas faire/ ce qu'on peut faire / ce qu'on peut ne pas faire.

- il est très important d'avoir du temps et des moyens pour aller rencontrer les confrères et partager ses idées, ses doutes, et ce d'autant plus qu'on ne veut pas être considérés comme des spécialistes vers lesquels les usagers sont systématiquement renvoyés. L'engagement des autres médecins dans un réseau permet à chacun de garder sa place.

- la revalorisation du paiement à l'acte (quel que soit la pathologie ou la personne consultante) ou une modification tarifaire à type de forfait seraient des gestes forts permettant de prendre du temps pour ces patients difficiles.

L'avis des usagers a été pris en compte: entretiens avec des usagers de drogues fréquentant un CSST et un réseau, rencontres avec des responsables d'associations d'ex-usagers dans le domaine de l'alcool et des bénévoles de l'association AIDES.

Deux points sont soulignés pour comprendre et utiliser la "réponse en réseau": fluidité et simplicité dans les démarches, avec une exigence de compétence. Pour les associations, la notion de réseau recouvre essentiellement l'idée de disponibilité de personnes, professionnels compétents et complémentaires de l'action des proches d'un coté, des structures hyperspécialisées de l'autre. En ce sens, l'existence de réseaux est indispensable et offre des garanties: disponibilité, compétence, complémentarité, communication (la qualité d'écoute et de fonctionnement des "médecins des réseaux" sont connus).

Les bénévoles signalent l'importance, dans les réseaux, des infirmières et médecins du travail, souvent témoins privilégiés des conduites d'alcoolisation.

Les réseaux ont pour utilité de faire sauter les verrous, de diminuer les clivages professionnels/bénévoles et ce, particulièrement pour les jeunes professionnels, et les bénévoles (et/ou usagers et/ou ex-usagers) peuvent leur permettre de "choper des astuces".

Les réseaux sont donc formels (ils ont un coût et une structure), mais aussi informels (basés sur l'envie et la capacité de communication).

Les bénévoles assurent le drainage, témoignent de la connaissance du vécu quotidien des malades.

"Les réseaux permettent de chercher en dehors de nous les compétences qu'on a pas (c'est la complémentarité des savoirs)." (Mr Randu, responsable d'une association dans le domaine de l'alcool)

E. Hirsch (Journal du sida): "le travail en réseau constitue un choix et représente un engagement". "la démarche personnelle des membres du réseau semble déterminante dans l'appréciation des dispositifs à concevoir, afin que l'éthique de la relation soit considérée non pas comme une référence implicite, mais comme une implication explicite et engagée".

### **III- Recherche bibliographique**

De nombreux articles traitent de l'investissement des médecins généralistes dans le domaine des addictions, et il semblait important de repérer les articles "constats", ceux qui proposait une évaluation du système de soins en matière d'addictions, et ceux qui mettaient en scène de nouvelles formes d'organisation (dans le cadre par exemple de recherches en médecine générale).

Un travail bibliographique, effectuée à partir du fichier de "Toxibase", et des bases "Medline" et "Pascal" sur les mots-clés "médecins généralistes" et "toxicomanes", pour l'INSERM (avec Mme Facy, 1995-1998, non publié) a porté sur près de 270 références .

Quelques rares articles sont datés des années 70, mais la plupart des textes ou thèses significatifs ont été publiés à partir de 1986, soit depuis à peine 15 ans. De plus, entre 1986 et 1994, le nombre de parutions annuelles sur ce thème a triplé.

Les publications anglo-saxonnes sont nombreuses. Malgré des différences marquées entre les systèmes de soins et les usages de drogues, on retrouve une certaine homogénéité dans les questionnements et dans les propositions de réponses quant à la place des praticiens de ville. Le type de médecine pratiquée influence fortement les pratiques de formation ou de collaboration entre professionnels de la santé, spécialistes ou généralistes.

"L'homme à tout faire" de la médecine est confronté fréquemment aux personnes présentant une dépendance ou des troubles liés à un abus de substances psychoactives. Ce constat est universel. La prescription de psychotropes, mais aussi l'accès aux parents, aux adolescents, à un suivi sur le long terme des individus donne au généraliste une place fondamentale.

Le premier niveau de cette étude a porté sur la rencontre médecin- toxicomane : l'usager d'héroïne, le plus souvent par voie intraveineuse, faisant irruption dans la consultation d'un généraliste avec un certain nombre de symptômes et de demandes reste la représentation la plus prégnante, même si ce patient caractéristique est quantitativement moins fréquent.

L'importance des rencontres, quantitatives mais aussi qualitatives, est soulignée, mais la motivation, l'investissement individuel sont alors importants. Parfois, cette "prise en charge a été déléguée", par les pouvoirs publics et les structures spécialisées.

Certains médecins ont des prescriptions hasardeuses, ou refusent les soins. Plusieurs articles tentent de comprendre cette situation: la complexité du problème, un fort sentiment d'échec, et enfin la solitude du médecin dans ce domaine, sont régulièrement soulignés.

Ainsi, les MG "de famille" sont tout indiqués pour être opérationnels dans des interventions précoces dans le domaine des addictions, mais il existe une discordance entre ce sentiment de devoir agir, et les réalités des implications.

En amont ou en aval des prises en charges médicales, les auteurs signalent les difficultés à envisager des actions dans les autres champs (psychologique, social...). C'est ici, que la mise en place de réseaux prend tout son sens.

Le deuxième niveau d'analyse aborde l'importance de l'usage de psychotropes et sa gravité dans toutes les régions et tous les pays, donnée qui émerge de toutes les publications. Dans le potentiel d'action du généraliste, la prise en compte de l'usage d'alcool, de l'abus de psychotropes, la délinquance et les troubles psychopathologiques incluant le suicide, sont souvent associés. Ainsi au cabinet du médecin polyvalent, le concept d'addiction, longtemps nié ailleurs, s'exprime avec force depuis le début des années 90.

Dans un troisième temps, l' étude aborde les possibilités d'évolution, d'amélioration de la situation, et répertorie les pistes proposées pour progresser dans cette clinique particulière.

La mobilisation est, depuis les années 90, importante. La nécessité d'accentuer la formation et la collaboration s'impose. Découvrir des "clés" pour agir, avec un cadre sécurisant pour les médecins, permet d'offrir compétence et qualité de soins pour les patients. Les liens avec l'hôpital et les structures spécialisées sont ainsi essentiels. Dans ce contexte, la place des traitements de substitution semble être importante.

Au vu des difficultés dans ce suivi, la formation doit permettre une intégration des généralistes dans le système de santé. Le besoin d'aide extérieure du généraliste est constant et signe l'importance du travail en réseau, permettant la mobilisation du tissu socio-professionnel autour d'une pathologie ou d'un problème de santé publique. A l'accessibilité aux soins des patients répond l'intégration des généralistes dans le système de soins.

Les nouvelles formes de pratique médicale intègrent des actions de prévention, avec un rôle de santé publique.

Pour ce qui est de la recherche en médecine générale, on observe que le recrutement des médecins est long est difficile. Les raisons invoquées sont le manque de temps, "d'investissement", et souvent de financement.

Cette question du recrutement des médecins, ou de façon plus large, leur capacité spontanée à s'investir "en dehors" de leur base de soins en cabinet, est au cœur des difficultés des réseaux. Chacun ne peut être particulièrement intéressé par la "santé publique".

Malgré cette difficulté, des articles récents mettent en évidence des points forts, tels que la capacité de médecins à suivre de façon durable des toxicomanes sous médicaments de substitution, à collaborer avec le secteur spécialisé, et leur importance en terme de premier recours.

Lorsqu'on élargit l'analyse à des publications non spécialisées, intégrant par exemple les "courriers des lecteurs" des journaux médicaux, et qu'on interroge des médecins hors réseaux, on relève une opinion de fond peu favorable: les médecins généralistes (en moyenne nationale) rencontrent peu de patients toxicomanes (davantage cependant depuis la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage). Leur abord de ces patients est "peu scientifique", avec en amont peu de formation, et en aval peu de réussite (guérison). Ces consultations apportent peu de valorisation de la part des patients, des familles, des collègues, et sont peu rémunératrices par rapport au temps passé. Il existe un risque ressenti d'agression, ou de désordre et de déstabilisation de leur organisation.

Il faut noter que la culture des médecins généralistes est basée sur l'héroïnomanie et qu'ils ont une très mauvaise appréciation des évolutions des produits et des comportements: le médecin reste citoyen et éprouve la même fascination-répulsion vis-à-vis de "la drogue" que "l'homme de la rue".

En pratique, six catégories de médecins peuvent être observés en fonction de leur attitude vis-à-vis des toxicomanes:

- ceux qui sont très agressifs
- ceux qui sont défenseurs d'une morale antidrogue
- les indifférents mal à l'aise
- les sensibilisés
- les médecins formés
- les médecins investis

Cette classification permet de retrouver les animateurs des réseaux et permet de comprendre les difficultés à élargir le cercle au delà des "investis" et des "formés".

Pour ce qui est du tabac et de l'alcool, on retrouve les mêmes réticences liées au temps passé et au peu de reconnaissance. On observe aussi une méconnaissance des capacités locales de prise en charge, mais c'est le sentiment d'impuissance qui prédomine. Ici aussi émerge l'idée que les médecins ont un "à-priori" des alcoolodépendants et n'ont pas intégré la diversité des situations rencontrées.

#### **IV- Recensement**

Un travail sur les réseaux comporte nécessairement une part de définition et un recensement le plus exhaustif possible.

Pour notre mission, nous avons été amenés à retenir toute association comportant au moins des médecins généralistes, se nommant "réseau" et œuvrant dans le champ des addictions. En théorie, un réseau devrait permettre une intervention médicopsychosociale devant un usage nocif de produits psychoactifs ou devant une pharmacodépendance, mais il n'est pas possible de vérifier que la prise en charge est effectivement globale et coordonnée.

Historiquement et budgétairement, les réseaux "toxicomanies" sont davantage représentés et visibles que les réseaux "alcool". Les réseaux déjà dénommés "addictions" fin 2000 sont rares. La prise en charge des tabacodépendants n'a pas donné lieu à la création de réseaux formalisés.

Les sources de recensement sont:

- les réseaux financés par la DGS et/ou la DHOS
- les réseaux adhérents ou connus par la CNR
- les réseaux adhérents de GT
- les réseaux connus par l'ANIT et l'ANPA
- les réseaux présents dans la base de données de Drogues Info Service.

En rencontrant certaines structures, il nous a été possible de prendre connaissance de l'existence d'autres structures dans le même secteur géographique.

Le recensement ne met pas en évidence l'activité réelle des réseaux et leurs perspectives de développement, en particulier lorsqu'ils sont initialement marqués "toxicomanie".

Le suivi des réseaux en activité, quelque soit leur mode de financement, pourrait être assuré par les DDASS, les chefs de projets "Drogues et Dépendances" ou une structure telle que Drogues Alcool Tabac Info Service.

En 1997, un inventaire réalisé par la Direction générale de la santé a recensé 94 réseaux toxicomanie et 128 réseaux pour la prise en charge des personnes "alcooliques". Nous n'avons pu intégrer les réseaux "alcool" ainsi recensés dans la mesure où des incertitudes fortes dans les définitions et les financements ne permettaient pas un travail suffisamment homogène.

#### **164 réseaux ont été recensés au 31/12/2000.**

Quantitativement, l'approche est possible, sans être précise. Qualitativement, nous avons pu repérer des "modèles" (voir ci-dessous). Leur représentativité et leur mode effectif d'interventions sont pratiquement impossibles à déterminer.

### **V - Etat des lieux**

La mission a comporté une phase opérationnelle longue, associant mailing, entretiens semi-directifs au téléphone ou au cours de rencontres sur le site des réseaux.

Nous reprenons ici les réflexions les plus souvent émises, associant des aspects théoriques et des points pratiques. Dans le chapitre suivant, les propositions tendant à apporter des améliorations seront listées.

En première constatation, le nombre de médecins par réseau est limité: en moyenne de 4 à 10 MG sont investis et présents dans les actions.

Le nombre de patients suivis n'a pu être estimé pour les réseaux alcool, et est évalué dans une fourchette large pour les réseaux toxicomanie : de 30 à 200 patients sont vus en ville dans le cadre d'un réseau, ce chiffre estimé étant variable essentiellement en fonction de la région et de l'ancienneté militante du réseau. Il est impossible de faire un rapport entre le budget du réseau et le nombre de patients suivis.

- Les perspectives professionnelles et financières des réseaux sont très incertaines. Les budgets relèvent du bricolage, de l'organisation de ponts avec des financements «glissants». De même, les budgets de fonctionnements sont difficiles à obtenir, et il faut privilégier des actions qui sont peu utiles mais mieux financés. Enfin, le retard à l'obtention des subventions (les budgets de l'année en cours sont crédités en novembre ou décembre) est très anxiogène et déstabilisant sur le plan de la comptabilité.

- Le statut de médecin-coordonateur est moteur et frein pour le travail en réseaux. Un certain nombre de généralistes se sentent mieux avec "leurs pairs" et communiquent de façon maladroite avec d'autres professions et ceux susceptibles de faire des liens avec les travailleurs sociaux ou avec les praticiens hospitaliers est peu important.
- Les médecins sont, en matière d'addictions, dans une ambivalence difficile à vivre. Ils sont à la fois porteurs de concepts de santé: ils engagent au sevrage pour le tabac ou l'alcool, parlent de réduction des risques; par ailleurs, en tant que citoyens, ils sont souvent proches des opinions "standard" classant les produits davantage en terme d'image sociale qu'en matière de dangerosité.
- L'intérêt "politique" porté aux produits psychotropes interroge certains professionnels "pourquoi s'intéresser davantage aux addictions qu'à d'autres problèmes de santé?".
- Le temps passé à s'occuper d'addictions pousse certains médecins à demander un dépassement tarifaire. Celui-ci ne manque pas de pièges: quelle définition? quelle validation? quel contrôle? quelles limites? Doit-il s'appliquer à d'autres pathologies ou comportements ? Il ne fait pas l'unanimité au sein même des médecins engagés. En effet, ce type d'acte, spécifique dans sa fonction, peut induire une " désignation " voire une stigmatisation du consultant et du soignant qui l'accueille.
- La sensation d'échec ("quoi qu'on fasse, ça ne marche pas"): le bénéfice, même partiel, obtenu après une prise en charge doit pouvoir être montré, et la différence entre ce bénéfice et la non-intervention, doit être bien mise en évidence.
- Le nomadisme des patients est aussi évoqué, et le rôle que peuvent avoir des réseaux et leurs outils. Mais, bien au delà des toxicomanes, c'est le système de santé qui est interrogé avec la possibilité pour tout malade de consulter de nombreux médecins et d'utiliser les médicaments à sa convenance... " Le patient va où il en a envie, et il n'est pas simple de le réorienter, ou alors au risque de " le perdre " ".
- La place des services d'accueil et d'urgences comme premiers recours est fondamental, mais au delà des urgences, la question de la disponibilité des établissements de santé et des centres spécialisés est souvent posée (les CCAA sont saturés et n'autorisent pas de consultations dans des délais compatibles avec les besoins de la personne et du médecin de premier recours ; certains centres spécialisés pour toxicomanes gardent un haut seuil d'accès et ne répondent pas à de nombreuses inquiétudes émises par les médecins ou les pharmaciens).
- Peu de médecins sont présents dans les formations organisées par le réseau: elles "tournent en rond". La plupart des toxicomanes sont vus par quelques médecins. La substitution "lisse" et démobilise les médecins "périphériques" du réseau.

A l'inverse, les capacités d'intervention d'un réseau sont limitées lorsqu'il s'agit de conseiller les prescripteurs abusifs (plus de 150 toxicomanes reçus de façon hâtive), pour proposer une limitation de la file active pour davantage de qualité, ou pour mobiliser certains CSST ou Centres Hospitaliers repliés sur des positions de rejet.

- "Pourquoi travailler en réseau ? J'ai suffisamment de patients, ça va bien."

- Le médecin généraliste présente par sa permanence, sa proximité, son statut non spécialisé, un recours facile pour les usagers et leurs familles: rôle de soin ou d'orientation du patient, soutien de sa famille, co-thérapie et prise en charge, coordination et lien avec les institutions spécialisées, prévention dans les quartiers. Ces soins et services sont fournis pour un coût dérisoire pour le "budget Santé". Mais ceci dépend beaucoup des motivations du professionnel, de sa "capacité" à effectuer du bénévolat. Pour élargir et reconnaître ce travail, il faudrait un statut différent avec des modalités de rémunération différentes et du "temps social"...

- Les médecins se désengagent : ils sont sollicités par des problèmes beaucoup plus fréquents (les pathologies des personnes âgées...) ou sont en situation de " burn-out ". Trop d'exigences, de toutes parts, des Pouvoirs Publics en particulier, davantage de pression des patients, moins de reconnaissance, de temps, de bénéfice.

- Des fortes personnalités portent le réseau à bout de bras... Ailleurs, des conflits de pouvoir et d'intérêt bloquent le développement de toutes les formes de coopération : la seule question est de savoir qui va bénéficier de la " bouffée d'oxygène " que représentent de nouvelles subventions .

- Chaque situation locale, Paris ou région, urbaine ou rurale, Nord ou Sud, possède ses particularités en terme d'usage de substances psychoactives (type, mode d'utilisation, caractéristiques psychosociales des usagers) mais aussi en terme de densité du tissu médical. L'intérêt d'un réseau est de pouvoir proposer des solutions "clés en main" dans les différents secteurs.

Cet état de fait rend aussi compte de l'importance d'une fédération régionale des réseaux et d'une organisation (agrément...) sur la même échelle. La régionalisation prévue par le FAQSV a une représentativité imparfaite, donnant une place limitée ou absente aux hospitaliers, au secteur social, aux professionnels des réseaux en place.

- "Le réseau existe, que pourrait-on en faire ?"

- A un premier niveau, le réseau permet de diffuser et de faire circuler de l'information et des brochures, dépliants... Participer à la rédaction d'un Bulletin? à des réunions en interne ? "ce n'est pas parce que les MG ne viennent pas qu'ils ne sont pas intéressés, mais ils terminent à 21 heures, alors travailler en réunion après..."

- La participation des médecins à la prescription de méthadone en relais, est obtenue par contact direct, avec explications, médecin après médecin (Cahors). Ce travail du coordinateur par téléphone, donne des résultats très positifs, renforce la "prise de confiance" et "décloisonne" les médecins.

- Coordinateur est un métier à part entière, et n'est pas nécessairement médecin. Si le statut associatif reste la référence en matière de réseau, une dérogation " organisation des soins " pourrait " permettre au Président d'une association d'en être le coordinateur salarié", dans l'optique d'une plus grande cohérence des actions et des fonctions.

- Le "plus" du réseau ? : la prise en charge s'ouvre à d'autres professionnels non médecins, psychologue, assistante sociale, professionnels hospitaliers. De même, des liens avec les CCAA ou les CSST (lorsqu'il en existe) améliorent la capacité de réponse.

Dans plusieurs réseaux, il existe des engagements des médecins dans la prise en compte de la précarité et de l'exclusion. Cet aspect est fondateur des réseaux (des professionnels accueillent sans juger) et est souvent intégré dans leurs chartes. Cependant, cette identité est aussi un facteur limitant : d'autres professionnels peuvent se faire une représentation purement sociale ou politique de l'action du réseau concerné et décider de rester " plus neutres ".

- Les centres spécialisés ou les hôpitaux interrogés, estiment que 10 à 30% des patients rencontrés n'ont pas de médecin traitant. Travailler en réseau, c'est permettre cette rencontre.

- La création d'unités hospitalières spécialisées en addictions, est vécue comme un atout supplémentaire dans un réseau. Mais la réduction des risques, le lobbying en faveur de l'implantation d'automates distributeurs de seringues, etc... font aussi partie des objectifs possibles.

- Le concept d'addiction est séduisant. Il est difficile à mettre en œuvre : comment imaginer aujourd'hui qu'un CSST interroge systématiquement ses consultants sur leur consommation de tabac et propose des substituts nicotiques ? Ceux-ci d'ailleurs, ne sont pas remboursés...

- Les réseaux qui fonctionnent apportent une réponse pratique à une question d'actualité : "aspects spécifiques et aspects communs aux différentes addictions". En effet, les professionnels s'y référant, évitent de fait de proposer une prise en charge trop ciblée, excluant tel ou tel champ. L'accueil du patient repose sur des bases communes. Il ne s'agit pas de gérer la pénurie, mais plutôt de "mutualiser certains moyens". " il y a une crise du militantisme, il faut regrouper les forces et les locaux ".

- Les traitements de substitution ont permis de requalifier les médecins généralistes mais si l'absence de formation et d'implication se poursuit, la prise en charge des utilisateurs abusifs ou dépendants de substances psycho-actives, ne reposera que sur quelques uns. Il y aura une recréation de microréseaux et une nouvelle stigmatisation.
- Le rôle fondamental des réseaux est de permettre, à partir d'une porte d'entrée variable, de bénéficier de la même logique de soins et d'une orientation facilitée et adaptée en fonction de la pathologie "prioritaire" présentée par un usager.
- "un réseau peut marcher s'il existe un mi-temps de médecin de santé publique pour le conduire". Les réseaux mieux financés sont mieux organisés.
- L'engagement des médecins généralistes? "Il doit y avoir des signaux abondants dans la salle d'attente pour l'accueil de tous les patients dans le cabinet, pour les mettre à l'aise et favoriser l'abord de la problématique".
- Les réseaux doivent avoir un objectif géographique concentrique: qui fait quoi à partir de l'accompagnement de proximité. "On agrège autour de nous": l'accueil de patients enclenche une dynamique pour de nouveaux patients.
- Et les collègues ? en 10 ans, on a essayé de faire admettre que les patients alcooliques sont "comme les autres" . Comment? "ils reflètent la population générale (tous métiers, tous niveaux), ils ont une pathologie organique, ils reviennent ( c'est une clientèle), l'alcool crée du lien, la médecine globale crée du lien."
- Une consultation alcool requiert 25 à 45 mn: "plus on en fait, plus les revenus baissent". Reconnaître la qualité d'alcoologue ou de "réfèrent alcool" pourrait être associé à un dépassement tarifaire: il faut cependant penser au patient, et peut-être préférer une "normalisation des actes".
- «L'addictologie est davantage une technique de la relation qu'une usine à savoir». «Les addictions nous amènent à travailler sur la durée».
- L'enjeu des réseaux ? c'est un système non bureaucratique, permettant un accueil "anonyme" mais juste, permettant ensuite de faire appel à un "savoir particulier". Ses points faibles? L'hôpital s'est défaussé sur la ville, certes parfois avec une charte, d'un certain nombre de patients et de pathologies. Mais c'est un médecin salarié qui doit piloter un réseau (et l'hôpital reste donc un partenaire indispensable).
- Le réseau ("mon travail") fait faire des économies aux pouvoirs publics, mais quelle pérennité pour l'outil? Tout le monde y gagne, les professionnels, les patients, les Pouvoirs Publics en luttant contre la passivité et la marginalisation des patients... et

des structures. Par ailleurs, les prescriptions sont plus justes, mieux adaptées, évitant des traitements systématiques coûteux.

Chaque acteur doit y trouver son compte, formation allégée, référent payé par forfait, soirées rémunérées.

- Un réseau est difficile à mettre en place lorsqu'il existe une rivalité ville-hôpital, avec au niveau de l'hôpital des mandarinats stérilisant toute évolution.

"Le réseau c'est un souci, nous essayons de le mettre en place. Il y a des difficultés avec les médecins généralistes".

- Les professionnels rappellent que l'abord de la toxicomanie se différencie de celle de la "dépendance alcool-tabac". On peut concevoir qu'un nombre déterminé de médecins, travaillant en réseau, puissent seuls s'occuper de toxicomanes. Les deux autres substances impliquent une mobilisation large des acteurs de santé pour être efficace : le nombre de personnes présentant un usage nocif ou une dépendance est très important, et les conséquences des consommations impliquent la mise en jeu de nombreuses spécialités. Cependant, si le passage de "la toxicomanie à l'addiction" est naturel au niveau de la clinique et des prises en charge individuelles, son organisation loco-régionale demande des efforts de "relations opérationnelles méritoires". Les systèmes de prise en charge gardent le poids de leur histoire et de leur territoire.

- La prise en compte de la tabacodépendance offre un nouveau rôle aux professionnels. Pour les pharmaciens, les différences sur les marges (les prix variant du simple au double), la présence ou non de conseils, font que le patient doit faire jouer la concurrence. La cohérence des soins que permet le réseau est un critère de qualité que le patient autonome doit aussi apprendre à mettre en jeu. Dans le domaine de la formation, ce champ bénéficie d'un programme spécifique de formation des généralistes : Nicomède. Ses objectifs sont de modifier les comportements des médecins vis à vis du tabac et de sa prise en charge. Cependant, son efficacité réelle est mal évaluée.

## **VI- Les réseaux à partir des circulaires, décrets et ordonnances**

La compréhension de la structuration pratique ou légale du réseau, joue un rôle particulièrement important. En effet, en simplifiant, on constate la juxtaposition de plusieurs types de réseaux:

- les réseaux ville-hôpital toxicomanie financés grâce à des subventions DDASS dans l'application de la circulaire de 7 mars 1994 (chapitre 47-15-40). Ils sont au nombre de 67 et sont tous organisés en association loi 1901.

Deux modalités de fonctionnement existent:

- les réseaux ayant obtenu un mi-temps de coordinateur. (à noter, certains de ces mi-temps sont liés à la circulaire du 4 juin 1991 et ont donc une orientation initiale "sida", d'autres à la circulaire de 1994 qui concerne la toxicomanie).

- les réseaux ayant une subvention annuelle (DDASS essentiellement) référée à une action.

Les conditions de fonctionnement de ces deux types de réseaux sont bien sûr différents et la permanence d'un professionnel animateur donne une visibilité, des réalisations plus nettes aux premiers. Cependant, la lassitude est équivalente, et les problèmes fonctionnels ou existentiels sont importants.

- les réseaux alcool développés à partir de la circulaire du 19 novembre 1996. Ils sont au nombre de 26 et ont le plus souvent gardé un axe hospitalier fort et se sont adossés aux équipes de liaison en alcoologie.

- les réseaux de santé, ou de proximité, ou encore les associations "polyvalentes" de professionnels. La plupart sont structurés en associations, mais des regroupements informels existent. Dans ce cadre se situent aussi des réseaux "antenne" ou "annexe" ou "membre" d'une structure ou institution qui occupe le devant de la scène: centre spécialisé, comité local de prévention... Les budgets de ce type de réseaux ouverts et polyvalents, souvent de taille modeste, sont d'origine variable, relevant de la DDASS, de la DDJS, de la Mission Ville ou des PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins), de l'industrie pharmaceutique, de mises à disposition d'établissements de santé...

- Les ordonnances du 24 avril 1996 mettent en place des structures expérimentales nommées "filiales et réseaux". Leurs promoteurs doivent soumettre leurs projets à un conseil d'orientation des filiales et réseaux, COFRES, présidée par Mr Soubie dont le nom sera retenu pour définir ce type de réseaux.

En matière d'addictions, les réseaux "Soubie" se résument à un réseau alcool situé en Auvergne et à un réseau "toxicomanie" dans la région lyonnaise. Le montage de ce type de réseau est lourd et implique des modifications de fond des habitudes des professionnels. Le service rendu est en cours d'évaluation. Il faut noter que des réseaux polyvalents peuvent se construire sur ce mode, et intégrer la prise en charge de patients alcoolodépendants ou toxicomanes. Par ailleurs, l'infrastructure permet des expérimentations tarifaires, des formations des professionnels dans de bonnes conditions, des moyens de communication et de coordination performants.

- un nouveau mode de financement des réseaux est d'actualité par l'intermédiaire du décret du 12 novembre 1999, mettant en place le F.A.Q.S.V. (Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins en Ville). Ce fonds, établi initialement à 500 millions de francs par an, est prévu pour être attribué à des libéraux, pour un certain nombre d'actions tendant à "améliorer la qualité des soins, les pratiques professionnelles et leur évaluation, à la mise en place de formes coordonnées de prise en charge et

notamment de réseaux de soins ". les dépenses d'équipement, d'études, de recherche, de fonctionnement peuvent être prises en compte.

Certains réseaux ont franchi ce pas, d'autres non, ce qui rend compte d'une différence dans l'organisation ou le potentiel de développement.

Ses avantages sont :

- d'être une nouvelle étape de reconnaissance avec un volet économique,
- la possibilité de regrouper des professionnels sur des objectifs communs.

Ses inconvénients sont :

- la lourdeur des procédures
- le clivage hôpital/ville.

- Un texte majeur concernant les réseaux est la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de santé.

Elle clarifie la notion et les axes des réseaux de soins et de santé, propose un cahier des charges cohérent et enfin légitime l'existant.

Ses inconvénients ? Elle fige les réseaux sur l'actuel sans avancer dans une réforme de fond et n'a rien prévu pour leur financement.

Ces deux derniers textes importants ne permettent pas (Dr Fhima).

- de valider et pérenniser l'existant,
- de définir une base minimale d'une structuration en réseaux,
- d'éviter les distorsions locales et les enjeux de pouvoirs,
- de développer des pratiques sanitaires et sociales.

**Début 2002, la Loi de financement de la Sécurité Sociale et la Loi du 4 mars 2002 relative à la qualité du système de santé et aux droits des malades, apportent une définition et des financements complémentaires pour les réseaux « de santé ».**

Les réseaux peuvent être monothématiques ("rester fidèles à la toxicomanie, à l'alcoolodépendance, aux addictions"), ou évoluer vers des réseaux multithématiques " de santé " (comme le préconise la circulaire du 25 novembre 1999 ou la Loi du 4 mars 2002).

La grande majorité des réseaux rencontrés sont des associations loi 1901, monothématiques, relevant de la circulaire de 1994, et bénéficiant de financements diversifiés et peu importants (le plus souvent inférieurs à 250 000 francs annuels).

## **VII- Modalités générales de fonctionnement**

Un réseau ville-hôpital " années 90 " comporte un lieu de réunion et point de départ des activités. Le local est souvent mis à disposition (en fonction des possibilités locales) par un centre hospitalier, par une amicale de médecins, par un professionnel, ou loué de façon indépendante.

La ligne téléphonique est au cœur du réseau, car il s'agit de pouvoir être joint par les professionnels et les patients.

Plusieurs actions sont menées en parallèle dans la journée :

- réponses téléphoniques : le plus souvent à des professionnels confrontés à un problème d'organisation de prise en charge, ou à une situation difficile à contrôler avec la compétence et le temps qui est le leur, ou une demande d'information ou d'orientation. Le rôle fondamental du réseau est ici une coordination des soins. Parfois, (cela dépend de l'orientation du réseau et de son organisation), des patients ou des associations téléphonent, pour des demandes d'orientation, d'information, pour soumettre un problème, voire partager certaines difficultés de santé.

- le réseau effectue ou organise un bilan social du patient (systématique, ou en anticipation) : soit l'assistante sociale salariée assure l'accueil et ouvre un dossier, soit le coordinateur adresse de façon adaptée la personne à l'assistante sociale la plus à même de lui répondre, en général dans un centre spécialisé.

- le réseau maintient un lien avec les institutions ou les administrations pour les négociations, les conventions, les projets, les subventions. Il se doit d'être en possession au plus tôt des différents textes réglementaires pouvant interférer avec sa pratique. Mais certains membres du réseau peuvent aussi dans certaines situations en appeler aux autorités religieuses, à la Justice, à l'Ordre des médecins ou des pharmaciens....

- l'organisation de soirées (ou de modules) d'information ou de formation

- l'animation d'un pôle de ressources documentaires ou bibliographiques

- le réseau assure la production et le suivi d'outils de référence pour les professionnels (charte, référentiels, vade-mecum, protocoles...).

- il propose et anime des recherches épidémiologiques ou cliniques

- il favorise l'investissement de ses membres dans la promotion de la santé (éducation des patients, participation aux campagnes, prévention, santé publique..).

- il organise des rencontres et la mise en place de partenariats entre les professionnels de santé, les communes, le département, la région, l'État (Préfecture, DDASS) pour des demandes de subventions, la réalisation de dossiers...

- il anime la structure administrative du réseau (réunions de Bureau, du Conseil d'Administration, Assemblée Générale pour les associations...)

- le coordinateur doit aussi être à l'écoute des besoins (des personnes malades, des professionnels, des administrations...) et procéder à une évaluation régulière de la qualité des soins, de la qualité de vie des personnes malades, ainsi qu'à une évaluation du travail effectué.

Tout ce travail se heurte à de multiples résistances ou difficultés, tels que les problèmes d'horaires tout simplement : les rythmes et les périodes de surcharge professionnelle ne coïncident pas plus pour les transmissions d'informations ou les demandes de renseignements pour tel ou tel malade, que pour les organisations de réunions. Certains réseaux ont conçu une médiation, à savoir un professionnel chargé

spécifiquement d'améliorer les liens, d'autres ont développé des outils informatiques performants leur permettant une communication techniquement fluide.

Ainsi la fonction de coordination est multiple, variable selon le type de réseau, la personnalité et le statut du coordinateur : "échanger, former, se soutenir, trouver des idées, impliquer les personnes dans leurs projets de soins...".

Actuellement, de nombreux coordinateurs travaillent à mi-temps. Ce choix est en rapport avec l'obtention des budgets correspondants, et avec l'intérêt pour le coordinateur d'exercer par ailleurs sa profession initiale, gardant en cela un contact avec le terrain. Lorsque la coordination est bénévole, le temps de travail est indéterminé, parfois très important, empiétant sur l'activité de base. Ce temps de coordination est adapté aux réseaux ville-hôpital existants : ce mi-temps financé correspond globalement aux besoins d'un réseau monothématique.

Statutairement, les circulaires de 1991 pour le VIH et de 1994 pour la toxicomanie ont permis la création de postes de praticien hospitalier à temps partiel. Véritable encouragement pour le travail en réseau, offrant un potentiel de travail important, le budget accordé a cependant été le plus souvent attribué à l'hôpital du secteur. De fait, le nombre de postes actuellement et effectivement financé pour la coordination des réseaux " addictions " est mal connu, et est estimé à 30. L'idée débutante d'une professionnalisation, d'une pérennisation et d'une sécurisation de ce type de poste, a été tempérée par la méfiance de la part de libéraux qui étaient " dépossédés " d'une reconnaissance budgétaire, et par une utilisation parfois non conforme à leur destination initiale de ces budgets par l'administration hospitalière locale. Par ailleurs, la coordination par un médecin n'est pas nécessairement adaptée aux besoins locaux: une assistante sociale semble préférable dans un réseau " précarité " .

Il existe donc une grande variété de typologies de coordinateurs. Médecin ou non, "généraliste " ou " de santé publique ", en charge directe de malades ou non, sont les trois premières grandes orientations à définir. Le fait d'être clinicien implique d'être partie prenante dans les choix thérapeutiques.

Le coordinateur doit connaître la région, les acteurs de santé, et les partenaires administratifs, ce qui rend difficile dans les premiers temps l'arrivée d'une personnalité extérieure. Ce professionnel doit s'adapter aussi à l'idée d'avoir un rôle d'animateur ou d'expert, mais non de décideur. Il doit être en mesure d'assurer la promotion du réseau, assurer l'interface en restant indépendant des grands systèmes. Il assure un rôle de gestion par la réalisation de dossiers, l'évaluation des actions, la rédaction d'un rapport annuel.

Un diplôme de coordinateur est en cours d'agrément (sur l'université Aix-Marseille) et la reconnaissance universitaire concourt à la reconnaissance générale de ce mode de travail.

## **Quelle personnalité morale pour les réseaux ?**

Deux associations nationales regroupent un nombre important de réseaux : GT (médecine générale et conduites addictives) et la Coordination Nationale des Réseaux.

Différentes possibilités permettent à un réseau d'exister en tant que " personne morale ", cette structure lui donnant une place d'interlocuteur administratif et financier.

La première situation, encore rencontrée, est celle d'un regroupement tacite, de type "amicale", où les réunions, des courriers, parfois générés de façon tournante, fondent l'existence d'un réseau sans statut officiel.

Une deuxième possibilité est la signature d'une convention, habituellement entre l'hôpital, représenté par son directeur avec une équipe référente, et un regroupement de libéraux (le plus souvent des médecins), ou entre plusieurs partenaires locaux associant par exemple un ou des syndicats, la DDASS, le Conseil Général, une municipalité, etc. La visibilité et la reconnaissance sont ici acquises par la personnalité morale de chacun des membres, mais la " direction " du système et la gestion de son financement ne sont pas simples. C'est le cadre habituel des réseaux régis par l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique.

La troisième possibilité, la plus classique, est la constitution d'une association loi de 1901 entre les différents partenaires, qui peuvent être des personnes physiques ou des personnes morales éventuellement réparties en collèges selon un montage plus ou moins complexe. L'association est une interface simple, lisible, avec une responsabilité identifiée (le bureau). Ses statuts, son règlement intérieur... doivent être mûrement réfléchis pour éviter des dérives budgétaires et permettre une évolution en fonction des besoins locaux ou des orientations légales : ainsi, le FAQSV n'est attribué qu'à des associations de libéraux. La plupart des réseaux toxicomanie ou alcool fonctionnent sur ce modèle et ce modèle est opérant.

Un quatrième scénario est la création d'une structure transversale, de montage juridique plus complet mais plus complexe, associant l'administration, les caisses de sécurité sociale, l'hôpital et les libéraux directement ou plutôt leurs représentants. Plusieurs formes peuvent être citées:

- les GIP (groupements d'intérêt public) qui associent des personnes de droit public et des entreprises ou autres personnes privées pour la poursuite d'objectifs communs ;
- les GIE (groupements d'intérêt économique) constituent des personnes morales de droit privé dans un cadre intermédiaire entre celui de l'association et celui de la société ;
- les GIS (groupements d'intérêt sanitaire) préconisés fin 1995 par le Haut Conseil de la Réforme Hospitalière, " permettant de faciliter les coopérations entre professionnels de santé de statuts différents et permettant l'évaluation médicale et économique... des activités médicales réalisées ainsi en réseau. "

En fait, en matière de toxicomanie, ce dernier type de montage est quasi-inexistant.

La loi de financement de la sécurité sociale 2002, et le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, permettent, à partir de 2002, de donner un cadre différent, plus stable, aux réseaux. Leur place dans le système de santé, validé par un financement à partir de l'ONDAM, devrait ainsi se modifier et s'inscrire dans la durée.

### **Un agrément pour les réseaux**

Toute structure se dénommant " réseau " ne peut prétendre, à priori, à une reconnaissance et à un subventionnement de l'État ou d'autres partenaires, ce qui implique une phase d'agrément et une évaluation. Pourtant, les réseaux les plus visibles sont souvent les plus lourds : ils présentent une infrastructure aisée à " agréer " mais qui a pour impératif de produire de l'action. Par ailleurs, ce système d'agrément incite à multiplier les structures, les innovations, et tend à oublier l'existant à entretenir, voire les réseaux informels dont l'action de fond est plus difficile à quantifier.

Les pouvoirs publics ont mis en place des "commissions d'agrément" :

- COFRES (Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux) dans les suites des ordonnances Juppé,
- ou, dans le cadre du FAQSV, une institution mixte regroupant des interlocuteurs d'État, de caisses et de professionnels, au niveau régional. Le dossier établi par un groupe de travail ARH-URCAM-URML est un exemple de ce que les réseaux auront à produire pour être reconnus.

Ce document de travail très complet soulève donc question de la capacité pour des soignants à répondre à un tel cahier des charges (ou aux moyens nécessaires: engager des administratifs pour le construire?). Par ailleurs la référence fréquente à la notion d'expérimentation est troublante : les réseaux " addictions " fonctionnent, pour la plupart, depuis plusieurs années. Les structures d'agrément devraient permettre aux professionnels qui fonctionnent déjà en réseau, d'acquérir un cadre plus clair avec la reconnaissance et le financement en rapport.

Certains réseaux expliquent leur travail avec des critères moins techniques mais au moins aussi pertinents. Le Réseau Point Bleu à St Dizier propose ainsi :

- la pertinence : quel est le lien entre nos objectifs initiaux et les besoins vécus, ressentis, objectivés de la population ?
- la cohérence entre les différents acteurs du réseau (organisation, contenus des échanges...)
- l'efficacité : quel lien entre nos objectifs et nos résultats ?
- l'efficience : quel lien entre les ressources allouées et nos résultats ? Nous avons à valoriser d'un point de vue économique les actions et à estimer le degré d'optimisation des ressources (calcul du coût par individu, par rapport au temps passé...)

- la répercussion : quelle transformation des acteurs et de l'environnement sont induites par le travail en réseau ?
- la continuité de notre action
- la sécurité
- l'éthique (secret professionnel trop partagé ? totalitarisme du traitement. Irruption de trop d'intervenants ?...)

L'agrément des réseaux a en fait un aspect local, un aspect régional, un aspect national. C'est l'étape régionale qui devrait être déterminante.

En effet, la " régionalisation de la santé " est une des questions posées par les réseaux : les structures régionales de santé sont nées après le vote de la loi de décentralisation en 1982 et plusieurs institutions ont émergé dans les années 90. De nombreux intervenants prônent leur développement avec davantage de cohérence.

Les SROS de deuxième génération prévoient que dans 24 régions, l'offre de soins doit être organisée en niveaux et les réseaux doivent être développés. Le SROS fait un bilan des réseaux et propose d'organiser les réseaux régionaux, " afin d'améliorer la prise en charge et de maintenir une offre de soins de proximité " : 255 à 270 réseaux correspondent aux priorités régionales retenues, mais peu sont des réseaux "addictions".

Nous citerons aussi l'Ordre des Médecins qui, dans sa " plate-forme de propositions pour la préservation et l'amélioration du système de soins français ", se prononce pour une gestion décentralisée : " un cadre régionalisé permettrait d'envisager sous de nouveaux éclairages, les besoins en santé, l'offre de soins, leurs évolutions et les possibilités de gestion économique locale."

En fait, des structures régionales existent : des instances d'expertise, d'analyse et de liaison comme les CROSS (comités régionaux d'organisation sanitaire et sociale), ou des organismes de santé publique en charge d'études épidémiologiques tels que les ORS (observatoires régionaux de santé). Les SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire) existent depuis 1994. Les DRASS ont un rôle central, et elles ont mis en place en 1996 les conférences régionales de santé prévues par les ordonnances. Il existe aussi des instances de concertation, de décision et de gestion du système de santé : les URCAM (unions régionales des caisses d'assurance maladie), mais aussi les URML (unions régionales de médecins libéraux) créées par les mêmes ordonnances. La création des ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation) suite aux ordonnances " Juppé " a été d'une importance capitale dans la coordination de l'offre de soins hospitaliers.

Le financement relève aussi de plusieurs sources : l'ARH gère les budgets hospitaliers, les financements d'Etat sont prévus par les PRAPS ou avec les circulaires VIH, VHC, toxicomanie, enfin, nous avons vu que le FAQSV alimente les libéraux, les " commissions Soubie " certaines filières, et les conseils régionaux certaines associations. Finalement, toutes ces structures se partagent de façon parfois

contradictoire ou tout simplement peu visible, deux objectifs simples et prioritaires au niveau d'une région : évaluer les besoins, mieux organiser l'offre de soins.

La transformation des ARH en Agences Régionales de Santé (ARS) serait pour de nombreux auteurs, une étape décisive. Meilleure intervention sur la notion de carte sanitaire et la répartition public-privé dans l'offre de soins, amélioration des relations entre prévention et soins, pouvoir de proposition en matière de démographie médicale, et développement de relations fonctionnelles telles que celles mises en place par les réseaux (Ordre des Médecins).

Dans la modification de la loi de 1975 relative aux institutions médico-sociales, des schémas régionaux d'addictologie sont prévus, permettant une planification et une coordination des structures. Les réseaux " addictions " devront s'intégrer à ces schémas. Toujours sur le plan régional, une articulation est déjà possible entre les SROS et les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. Enfin, il existe 11 programmes régionaux de santé en France concernant l'alcool, dont la modification en programmes régionaux sur les addictions est engagée.

La Coordination Nationale des Réseaux, association regroupant plus de 130 réseaux, tend à favoriser l'organisation des réseaux en régions, avec des représentants élus, et en l'absence des " ARS ", une commission regroupant les différentes institutions et les représentants régionaux de la C.N.R. serait une structure adaptée et immédiatement opérationnelle pour connaître les besoins, créer des outils nouveaux ou permettre un redéploiement des moyens. Pour ne pas multiplier les commissions, c'est le renforcement de structures existantes qui doit être privilégié : le CAP réseaux dans la région lyonnaise par exemple, ou une intégration d'experts et un élargissement des compétences dans les PRS. Les financements doivent être gérés par des structures décisionnelles ouvertes sur les professionnels, et non entraîner la création d'organes supplémentaires.

### **Les difficultés et les enjeux de l'évaluation**

Le caractère expérimental des réseaux étant souligné dans les textes (ordonnances, décret) qui les ont portés, leur utilité doit être démontrée. Or la plupart d'entre eux ont près de 10 ans d'existence.

L'évaluation est cependant indispensable, à tous les stades de la création des réseaux . Les difficultés théoriques et techniques de cette évaluation ne sont pas encore surmontées. Pour les acteurs des réseaux, il s'agit de mettre en évidence les intérêts de la communauté, l'amélioration de la qualité des soins, et ce, avec une maîtrise des dépenses de santé .

De nombreux experts travaillent sur le rapport coût/efficacité isolé de techniques ou de médicaments. En matière de réseaux, l'évaluation en économie de la santé doit permettre l'analyse comparative de deux ou plusieurs organisations de soins en termes de coûts et de résultats. L'analyse doit concerner les aspects psychologiques,

familiaux, sociaux. : les critères d'évaluation doivent être déterminés en accord avec les professionnels, et les études doivent être de type "ouvertes".

La loi hospitalière de 1991 avait ainsi prévu une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles et des modalités d'organisation des soins. Les Ordonnances d'avril 1996 ont confirmé et élargi cette obligation et confié à l'ANAES la mission d'accréditation des établissements hospitaliers, et un décret paru le 29 décembre 1999 l'étend à la médecine ambulatoire.

Certification, recertification, " evidence based medicine ", formation continue, tous les éléments sont réunis pour que l'évaluation s'étende en médecine. La CNAMTS, dans son plan stratégique, prévoit une certification périodique des médecins (tous les 7 ans), sur la base de 3 paramètres : efforts de formation et de recherche, compétence, organisation de l'activité ; et avec 3 objectifs : assurance de la qualité des soins individuels, prise en compte des objectifs de santé publique, respect des contraintes économiques.

La mise en place de cette évaluation des professionnels serait un élément important de développement des réseaux.

Cependant, l'évaluation des pratiques en réseau passe davantage par l'analyse des stratégies de changement que par une simple évaluation des compétences ou des résultats.

La première question est donc de déterminer des indicateurs pertinents et faciles à utiliser, pour la médecine de ville et pour l'hôpital, ou tout simplement spécifiques aux réseaux. Certains parlent d'outils opérationnels.

"Une des limites majeures de nombreux indicateurs est liée au fait qu'ils isolent l'hôpital de son environnement et ne s'intéressent qu'à un séjour.. De nouveaux indicateurs de qualité apparaissent alors nécessaires pour appréhender les procédures et les résultats obtenus par un ensemble d'acteurs au sein d'une population donnée... explorant la qualité d'une prise en charge globale (y compris les efforts d'éducation pour la santé) ".

La jeunesse relative des réseaux, l'enthousiasme et/ou l'expérience de terrain, rendent difficiles l'exploitation d'indicateurs d'évaluation fixes. L'existence et la teneur même de ces indicateurs est problématique dès qu'il s'agit de sortir de critères purement économiques. La qualité des soins, la qualité de vie de la personne malade, la cohérence et l'adaptation au plus près des besoins du système de soins, sont en jeu. Il semble possible de s'inspirer des types classiques d'analyse économique: analyse de minimisation des coûts ou coût/bénéfice (pour un même résultat de soins) ; analyse coût/efficacité (succès thérapeutiques, années de vie gagnées...) ; analyse coût/utilité (qualité de vie...).

Il existe donc des difficultés de mise en œuvre des évaluations :

- grande diversité des projets, des objectifs, des domaines d'intervention, d'organisation, de financement, et variabilité dans le temps des projets,
- inexistence de structures comparables au niveau international,
- mauvaise appréciation des critères de recherche et de réflexions sur le système de santé en France.

Un cahier des charges défini à priori, tel que celui prévu par la circulaire du 25 novembre 1999, dont il faudrait déterminer si le réseau l'a respecté, peut permettre une validation satisfaisante à défaut d'évaluation.

Un autre élément est le risque pour un réseau engagé dans l'évaluation de s'adjoindre de nouveaux outils, de nouveaux collaborateurs pour répondre aux questions, et d'être engagé dans une spirale d'augmentation de taille et de budget.

Une des difficultés consiste à évaluer pour comparer : comparer à quoi ? Lorsque les phénomènes sont rapidement évolutifs -et les addictions en sont un bon exemple-, l'action du réseau devrait se comparer à une configuration proche avec prise en charge sans coordination ni communication.

Plusieurs réseaux ont demandé à une structure extérieure de réaliser une évaluation externe de leur fonctionnement, en intégrant les différents items cités ci-dessus. Les outils existent, le travail est considéré comme réalisable mais le budget minimum pour la mise en place de cette évaluation est évalué à 500 000 francs.

Plusieurs modèles d'évaluations externes sont disponibles. Nous citerons, sans pouvoir en recommander un :

- celui prévu par la circulaire du 25 novembre 1999
- le document sur l'évaluation de l'ANAES
- le travail du groupe IMAGE/CREDES/CNR

Actuellement, de nombreux réseaux tendent à développer des modalités d'évaluation propres, adaptées à leurs pratiques.

### **La formation dans les réseaux**

Exiger une compétence du soignant n'était pas historiquement un élément fondateur des réseaux : l'investissement personnel était souvent la preuve de l'approfondissement des savoirs et permettait bien souvent d'offrir des soins de qualité. Aujourd'hui, la compétence est un élément incontournable de réponse aux (compréhensibles) exigences du patient, des Pouvoirs Publics, mais aussi des pairs. Mais quel degré de compétence reconnaît-on au médecin de ville et au non-spécialiste ? Quelles exigences de formation a-t-on à son égard ?

Il est souvent exprimé que les études forment mal à "la relation", tant à l'élaboration des demandes exprimées des patients, qu'à la communication entre professionnels, associations, administrations... Les facultés de médecine, dans leurs cycles initiaux, semblent peu concernées par le thème "réseaux". Les cours de Santé publique ou d'économie de la santé, devraient être le lieu d'une description de ce travail, en

insistant " dès le départ " sur les notions de prise en charge globale, de découplage et de multidisciplinarité, de santé communautaire... La réforme des études médicales, annoncée, pourrait permettre de modifier cette situation et de mieux préparer les futurs médecins à cette interactivité qui fonde les réseaux. Il faut relever dans l'arrêté du 29 mars 2001, relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales, fixant les thèmes devant faire l'objet de séminaires : à compter de l'année universitaire 2001-2002, le thème d'enseignement : " addictions et conduites dopantes " est jugé prioritaire.

Plusieurs modalités de formation sont actuellement utilisables par les réseaux :

- les séminaires de formation continue " officielle ", en sachant que le système agréé pour la médecine libérale est actuellement bloqué ; à noter, la mise en place d'une formation professionnelle conventionnelle par un syndicat signataire de la dernière convention médecins-caisses au niveau national. Elle est mise en place dès 2001 avec une indemnisation (15C par jour), en particulier pour les médecins référents. Sur les 3 fonctions du MG mises en valeur, on note " continuité des soins dans la durée " et " coordination avec les autres intervenants du domaine médical et social ". 13 thèmes sont retenus pour 2001, 7 prioritaires dont : " les outils du médecin référent pour la coordination et la continuité des soins (avec travail sur un document médical de synthèse et éléments transmissibles et implication dans des réseaux de prise en charge médicale) " et " utilisation au quotidien des services de la microinformatique en réseau ".
- les séminaires spécifiques et congrès ;
- les séminaires, journées ou soirées spécifiques " réseau ", centrées sur une pathologie, un thème de santé ou social, un compte-rendu de réunion nationale ou de congrès, ou consacrées à la vie des réseaux ou à l'évaluation ;
- rencontres mensuelles entre hospitaliers et libéraux, avec ou sans d'autres partenaires de santé, pour travailler sur la bibliographie, une pathologie, des dossiers (ce mécanisme est celui des " staffs ").

Pour ces différents aspects, les réseaux doivent être très vigilants quant à la reconnaissance de ces heures de formation. En effet, l'organisation de la formation médicale continue en France est troublée, mais le principe d'une validation des actions effectuées (sous forme de points par exemple) semble acquis. Les formations proposées par les réseaux doivent être comptabilisées et apporter aux professionnels une validation officielle.

Il faut d'ailleurs observer que certains réseaux, s'engageant davantage encore pour compenser le vide conventionnel, ont décidé de financer sur leur propre budget le manque à gagner des libéraux lorsqu'ils participent à des formations.

Il existe une différence notable entre les médecins et les autres professions dans l'organisation de leur formation continue : infirmières, pharmaciens... n'ont aucune

reconnaissance lorsqu'ils se déplacent le soir pour une formation. Les réseaux doivent se positionner en organisant des actions tenant compte des spécificités de chacun : temps, financement, circuits, validations.

Le réseau peut ainsi prendre en charge la participation de certains membres à des activités extérieures, à des congrès par exemple, en sachant que le professionnel devra en rendre compte pour le bénéfice des différents partenaires.

D'autres modalités de formation sont possibles :

- vacations à l'hôpital de médecins généralistes,
- formations de volontaires associatifs,
- recherche en commun (mise en place d'une étude épidémiologique, protocole...).

Pour les médecins, l'obtention de diplômes ou d'attestation universitaire dans certains champs de la médecine est possible sans être obligatoire, et l'enseignement post-universitaire assuré par les réseaux ou les associations traditionnelles, assure donc l'essentiel de la mise à niveau des savoirs. Récemment un DESC d'addictologie, permettant l'acquisition de compétences spécifiques, intégrant la description du travail en réseau, a été ouvert au niveau national.

Réservé aux spécialistes, le DESC ne permet pas à des médecins généralistes de s'inscrire, ce qui est particulièrement mal vécu. Cette situation, liée à la définition même de ce diplôme, n'est pas propre aux addictions ; une modification des textes de l'enseignement supérieur est prévue , et des mesures transitoires devraient être mises en place afin d'ouvrir ce type de diplôme et cette reconnaissance à des " non-spécialistes ".

Dans un réseau monothématique " alcool " ou " toxicomanie ", une formation continue classique des médecins ou des pharmaciens est simple à organiser. Malheureusement, certains réseaux ont 10 ans d'ancienneté, et un essoufflement dans l'organisation de soirées sur de nouveaux thèmes, et donc une démobilitation dans le nombre de professionnels présents est constaté.

Les risques sont :

- que la formation ou les rencontres représentent l'essentiel de l'activité du réseau, ce qui est réducteur ;
- que la distance soit grande entre la formation théorique et le travail sur le terrain, en particulier lorsque la pathologie étudiée est peu fréquente (toxicomanie à l'héroïne dans certaines régions);
- qu'une orientation prépondérante vers telle ou telle profession, laisse au bord de la formation les autres acteurs de la prise en charge (formation sur la toxicomanie donnant une part quasi-exclusive à la prescription de produits de substitution, ce qui concerne essentiellement les médecins et éventuellement les pharmaciens).

En amont de la formation " dans et pour " les réseaux, se développe une formation commune des professionnels de la santé avec l'information des élus, des décideurs, des administratifs, du grand public. Nous ne nous attarderons pas sur ce tout dernier point, logique dans la perspective d'une " explication " sur l'intérêt d'un tel système (ainsi à l'initiative de la Coordination Nationale des Réseaux et d'un réseau lyonnais, une journée " mixte " a ainsi permis aux administratifs et aux professionnels de terrain d'échanger sur leurs objectifs et leurs moyens).

Dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, les réseaux sont présentés dans le cadre des outils de soins.

Les changements de mentalité sont dépendants d'une formation systématisée, avec un tronc commun pour les différentes professions.

### **Chartes**

La charte du réseau :

- peut décrire de manière précise les grands objectifs du réseau ;
- peut énumérer les moyens et modalités d'intervention ;
- définit systématiquement les options éthiques, les droits et devoirs des membres adhérents.

Son principe est accepté par la grande majorité des réseaux rencontrés, mais sa rédaction, sa signature et son application effective sont plus rares.

Pour "faire partie du réseau", il est logique d'accepter cette charte.

La charte fait partie intégrante du cahier des charges que demandera l'administration pour agréer le réseau (circulaire du 25/11/99).

Elle comporte ainsi le plus souvent des mots-clefs :

- définition de la coordination, dans sa mission d'organisation de l'itinéraire du patient, la mise en lien et en synergie des professionnels. Nous pensons qu'une description plus précise des actions et protocolisations du réseau relèvent des statuts et d'un règlement intérieur ;
- suivi et évaluation des actions, avec des indications sur des engagements en terme de " critères qualité " dans l'organisation proposée ;
- évolutivité : favoriser l'évolution des modes de prise en charge. Les réseaux témoignent ainsi par leurs constats et leurs réponses des mutations des besoins en santé ;
- droits et devoirs : ce point nous paraît particulièrement important. Cela semble parfois redondant ou banalisant de répéter un certain nombre d'affirmations contenues par exemple dans le code de déontologie ou la charte du patient hospitalisé. C'est pourtant un élément fondateur, et c'est finalement un moment rare parmi les professionnels du soin, de signer ainsi des affirmations fondatrices.

Nous citerons en exemple, une charte ouverte, inspirée d'un projet de la Coordination Nationale des Réseaux et de plusieurs autres chartes locales ou régionales, qui aborde les engagements dans différents champs :

La personne malade est au centre des préoccupations des professionnels et doit pouvoir accéder à des soins de qualité sans discrimination.

La personne malade est respectée dans ses croyances, sa culture, ses choix philosophiques, politiques et religieux, sa sexualité, ses choix de vie. Elle est et reste citoyenne au delà de la maladie.

Toute personne qui s'adresse à un membre du réseau est informée que celui-ci ne travaille pas seul. Une orientation se sera possible qu'après information complète et accord du patient.

Le travail en réseau doit garantir la confidentialité des éléments la concernant.

La personne malade est libre de ses choix. Le réseau n'a pas pour objet d'imposer un parcours spécifique.

La situation administrative d'une personne malade ne peut être prétexte à un refus de prise en charge.

La finalité du Réseau n'a pas pour objet la résolution des problèmes des soignants, mais est la garantie d'un accès à des soins de qualité, et la lutte contre l'exclusion sociale pour les personnes malades.

Le réseau ne gère pas une maladie. Il offre à la personne la diversité des compétences des acteurs du réseau.

Le réseau de santé réunit tous les professionnels du champ médico-social qui veulent coordonner leurs actions. Il ne dissocie pas le médical et le social.

Le réseau ne peut être le regroupement d'une seule corporation, excluant les autres. Il contribue à apprendre à se connaître, à se respecter.

La coordination des savoir-faire des professionnels travaillant en réseau doit permettre d'aborder la souffrance de la personne dans sa dimension médico-psycho-sociale.

La mission du professionnel, où qu'il soit situé dans la problématique de la maladie, est d'apporter ses compétences.

Travailler en réseau, ce n'est pas investir le champ d'activité des autres professionnels. C'est apprendre à connaître et à utiliser le savoir-faire des différents professionnels.

Travailler en réseau, c'est guider la personne malade vers celui ou celle la plus compétente pour résoudre le problème identifié et ce, dans le respect du secret professionnel.

Travailler en réseau, c'est se former ensemble, c'est partager son expérience, confronter ses pratiques.

Il n'y a pas de hiérarchie dans le réseau, et le décloisonnement se traduit par des pratiques pluridisciplinaires.

Travailler en réseau, c'est accepter de modifier sa pratique professionnelle pour l'adapter à la réalité des situations rencontrées.

Travailler en réseau, c'est accepter l'évaluation de ses pratiques.

Travailler en réseau, c'est concourir à décloisonner le système médico-social et construire une approche communautaire de la santé dans sa dimension médicale, psychologique et sociale.

Travailler en réseau, c'est lutter contre les discriminations, les mécanismes et stigmatisations qui conduisent à l'exclusion.

Le réseau réunit des professionnels libéraux et des professionnels du secteur privé et public.

Il garantit son autonomie et sa démocratie (association loi 1901), et recherche des financements divers, publics et privés.

Il naît de la volonté de ses acteurs.

Il développe une action de proximité. Structure souple, adaptable aux spécificités des populations qu'il rencontre, il ne peut être modélisable.

Il se construit dans le partenariat, avec tous ceux qui ont pour mission la santé et la protection sociale de la population.

Il participe à des actions de santé publique.

Il doit pouvoir être évalué par les pouvoirs publics après accord sur les modalités de cette évaluation.

La signature de la charte, effective, au même titre que l'adhésion, traduit la participation au réseau. Elle ne doit cependant pas être considérée comme un « contrat de travail » ou un cadre légal restrictif susceptible de donner lieu à des sanctions en cas de non-respect. Elle est « simplement » garante de la réflexion qui a réuni les professionnels et de la qualité voulue, travaillée, afin d'améliorer systématiquement la prise en charge des patients.

### **Les acteurs de réseaux. Responsabilité professionnelle**

Il n'y a pas de sélection pour travailler en réseau, ni de mode de rémunération, ni de profession, ni de lieu d'exercice. Le premier facteur de participation est personnel : il implique d'un individu qu'il ait une certaine connaissance de ses compétences et de ses limites, et un certain désir de travailler " en équipe " en améliorant sa pratique et le service rendu à son patient et à la population. Le deuxième facteur est apporté par l'environnement : quel type de maladie et de malades sont suivis par un professionnel

? C'est la prise de conscience de l'état de santé de la population environnante, mais aussi de la situation locale (politique, architecturale, associative...), et enfin, bien sûr, de la présence ou non d'autres acteurs de santé en mesure de partager ce mode de travail. Chacun veut " pouvoir offrir plus que sa compétence personnelle " .

Un réseau associe des acteurs dans une forme de " complicité " que nous entendons comme une reconnaissance positive mutuelle.

La place du médecin traitant reste prioritaire. Un autre médecin n'intervient que si le patient n'a pas de référent habituel, ou pour faire la jonction lors d'un événement imprévu , ou encore lorsque la pathologie en cause nécessite, avec l'accord du médecin traitant, une intervention plus spécifique ou plus technique. Les usagers de drogues illicites tendent à favoriser ce type d'interventions spécialisées ("dans un réseau, on sait prescrire du Subutex(r)") avec pour inconvénient le désengagement des médecins de famille au profit d'un confrère reconnu.

Dans les centres spécialisés, des équipes se sont spontanément engagées dans ce travail, nommant parfois un " référent ville " au sein du service, disponible pour répondre aux besoins des professionnels de ville, ou participant activement à la mise en place d'une coordination active avec les libéraux. Cette pratique doit être encouragée.

A l'hôpital, pour les praticiens hospitaliers, la mise en place des " valences " ou des deux demi-journées d'activité d'intérêt général, leur permet d'effectuer officiellement un travail en réseaux. Des difficultés persistent : priorité donnée aux réseaux interétablissements, trop lente évolution des mentalités, impossibilité de remplacement du médecin absent, et surtout absence d'ouverture possible pour les infirmières. Ces dernières, dont l'activité technique s'intensifie, n'ont statutairement aucune possibilité de travailler en réseau, de faire de la prévention, tant à l'intérieur (problèmes de temps pour l'accomplissement des tâches), qu'à l'extérieur.

A l'inverse, les directions des établissements sont de plus en plus sensibles à ce type d'activités : certes, la possibilité de financement ou l'acquisition d'atouts pour l'accréditation sont des facteurs facilitant, mais il existe par ailleurs l'émergence d'une vraie culture de la coopération chez certains directeurs.

La situation bouge donc à l'hôpital ou dans les centres, accompagnée par les pouvoirs publics, mais en ville, si l'engagement (individuel) est plus simple, le volontariat est encore la règle. La reconnaissance et la rémunération du travail en réseau renforcerait sa " présence " ou sa faisabilité sur le terrain, tout en modifiant la pratique et le " statut " (plus tout à fait aussi solitaire et " libre ") du médecin.

En ce sens, d'ailleurs, les réseaux constituent une brèche dans le système libéral.

Dans une autre logique, il est possible de favoriser les liens et la coordination en proposant à des médecins de ville des vacations à l'hôpital ou dans les structures : participation à des équipes de liaison, ou consultation dans des Centres Spécialisés. Le statut d'attaché offre beaucoup de souplesse mais est insatisfaisant : rémunération insuffisante, manque de bénéfice pour la structure car l'implication du médecin est

souvent insuffisante. Ces vacances permettent cependant au médecin libéral de poursuivre sa formation et d'augmenter son expérience, et aux différents intervenants de mieux se connaître : la méconnaissance est souvent désignée comme le principal facteur limitant les relations entre les professionnels.

L'égalité des acteurs est fondatrice des réseaux et protège contre une organisation des circuits où certains seraient trieurs-fournisseurs et d'autres thérapeutes.

Etre acteur de réseau, c'est acquérir un savoir sur les pathologies ou les populations prises en charge, c'est respecter un savoir-faire en matière d'information au patient et de communication, c'est assumer un savoir-être dans le respect des autres professionnels et l'acceptation de ses limites.

Dans un réseau, chaque professionnel reste responsable de ses actes, dans le respect de son exercice propre, de sa nomenclature et de sa déontologie. Le principe d'indépendance des praticiens dans un réseau a ainsi été rappelé par un arrêt du Conseil d'Etat du 27 avril 1998. Chacun en effet garde sa spécificité professionnelle, plus ou moins encadrée par des modes de fonctionnements ou protocoles. C'est l'articulation générale qui est changée: "La question connexe à celle de la responsabilité est celle du degré de liberté du praticien et du patient dans le cadre d'un réseau".

Quelques points méritent d'être soulignés :

- les protocoles de soins éventuellement proposés par le réseau doivent être en accord avec les données les plus récentes de la science. Il ne serait pas logique de définir des modalités de traitement purement locales, en fonction des convictions des uns ou des autres ;
- le coordinateur a un statut particulier, puisqu'il gère des situations de personnes, sans être directement le soignant. Chaque orientation devra donc être expliquée à la personne, et c'est le professionnel "effecteur de soins" qui est le responsable de la thérapeutique proposée;
- de nombreuses interventions de réseau s'effectuent par téléphone. Le dossier du Bulletin de l'ordre des Médecins de mai 1999 traite la question des appels téléphoniques des patients et de la déontologie médicale, et au-delà, l'intervention de sites Internet pour le conseil. Par cet intermédiaire, les réseaux peuvent faciliter l'accès aux soins.

### **Accès aux soins, prévention, éducation, partenariat avec les patients**

Il ne s'agit pas seulement de la question de l'ouverture des droits mais bien de tout l'environnement qui caractérise la santé. L'acquisition d'un logement stable, ou le maintien dans celui-ci, est un préalable. Des revenus minimums doivent pouvoir être assurés pour une alimentation et une hygiène satisfaisante. Un environnement adapté est nécessaire pour vivre, se déplacer, maintenir des relations sociales.

Ces évidences ne peuvent être la priorité d'un médecin isolé, et ne sont pas toujours connues d'un service hospitalier. Des structures de jonction, pluridisciplinaires, sont nécessaires... Le réseau est un outil performant " pour reconquérir le Droit à la santé " en inscrivant sa pratique dans la proximité, en décloisonnant les systèmes qui génèrent de l'exclusion, en formant les professionnels à élaborer, pour chaque personne, une stratégie de faisabilité de la thérapeutique. Ils s'intègrent dans la " politique de la ville " et cette modification du système de santé n'est donc pas seulement une évolution des soignants, mais aussi une adaptation aux profondes transformations sociales en cours à l'origine de nouveaux besoins sanitaires et sociaux.

"Ce travail ne peut se faire sans une modification importante des pratiques professionnelles des uns et des autres ; le réseau construit du partenariat entre les professionnels du soins, du social, des institutions, des habitants des quartiers. Ce partenariat fabrique du lien, du droit et de la démocratie." (D. Ménard, président de la Coordination Nationale des Réseaux).

Un texte récent (mettant en place les PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes démunies) valide ce concept d'intervention des réseaux en matière de précarité, et offre des possibilités de financement aux professionnels de santé qui s'investiraient dans ce champ.

Dans une prise en charge globale, la prévention, l'éducation à la santé ou l'éducation du patient doivent tout naturellement trouver leur place dans les activités d'un réseau de santé. L'intérêt immédiat de ces interventions est évident, permettant en particulier une meilleure compréhension de la maladie et une meilleure observance. Ce mode de communication représente aussi la base des relations de demain, où soignants et soignés réfléchissent ensemble aux meilleures solutions thérapeutiques. Cette capacité d'éducation est un moment important à intégrer dans la formation des médecins généralistes au même titre que la prévention.

L'acte éducatif est donc à valoriser et peut représenter une consultation en elle-même.

Ces différentes réflexions mettent donc en évidence le rôle social des réseaux. Les professionnels qui s'inscrivent dans cette pratique, en particulier dans le champ des addictions, ne peuvent se limiter à un simple travail de consultation-prescription.

Dans ces conditions, il apparaît que seuls des professionnels "atypiques " (très ouverts sur leur environnement, curieux de leur pratique et intéressés par son évolution) sont en mesure d'assurer ces missions aujourd'hui.

Un fonctionnement basé sur des habitudes ciblées, permettant de gagner de la sécurité et du temps, est souvent préféré. C'est à ce niveau que se situe probablement le principal enjeu des réseaux, cette capacité de mobilisation de professionnels non militants.

## **La difficulté spécifique des médecins généralistes**

(Source : Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste - Des compétences pour un métier - MG Form - MH. Certain - Y. Gervais - A. Perrin)

La médecine générale est décrite par 5 fonctions :

- le premier recours
- l'approche globale
- la coordination des soins
- la continuité des soins
- la cinquième est caractérisée par une dimension collective, la santé publique :
  - les effets induits par tout acte de soins sur la santé publique
  - les actions de prévention primaire et de dépistage individuel
  - les actions de prévention et de dépistage de masse

Pour les médecins généralistes, ceci implique :

- une extension du champ d'intervention, plus vaste, plus diversifié, et la pression de la population et des pouvoirs publics pousse les généralistes à assurer une " enveloppe de services " : disponibilité croissante, activité de conseil (prévention, éducation pour la santé...), précision des prescriptions, connaissances législatives, orientations spécifiques...
- des problèmes posés par l'adéquation de l'exercice à la situation locale.

Le médecin généraliste et l'organisation collective de la profession. Il doit :

- participer à l'organisation de la formation médicale initiale et de l'enseignement en médecine générale
- participer à l'organisation de la formation médicale continue
- participer à l'organisation d'activités de recherche en médecine générale
- assurer la représentation de la profession
- contribuer au fonctionnement d'un système de coordination des soins (réseaux structurés ou formalisés)
  - évaluer les besoins des professionnels locaux et leurs motivations
  - définir en commun des objectifs
  - organiser ou participer aux rencontres entre professionnels avec les responsables institutionnels (réunions d'administration et de fonctionnement de la structure, réunion de synthèse concernant les problèmes de santé traités, actions de formation et d'information entre pairs, relations extérieures avec les institutionnels et la population)
    - mettre en place moyens de communication internes et externes à la structure
    - mettre en place régulièrement une évaluation de la structure, des objectifs, des résultats.

## **La souffrance des soignants : groupes de parole**

Le réseau est utile aux patients ; il peut être important pour les professionnels lorsqu'il offre un " nouvel " accompagnement de la pratique. Ainsi, la solitude, le manque de soutien, l'usure professionnelle, la nécessité d'un ressourcement, sont très présents pour les soignants de ville.

La mise en place d'accompagnement des soignants a semblé logique dans certains réseaux, avec la mise en place de groupes de paroles, ou de rencontres pluriprofessionnelles pour évoquer des difficultés personnelles. Ce type de travail permet :

- le repérage des éléments psychologiques et relationnels, de la place des émotions dans la relation de soin ;
- une certaine prise de recul du professionnel pour une meilleure gestion de la relation, lui donnant des clés pour le développement de techniques relationnelles facilitantes et de protections psychologiques, avec une meilleure connaissance de ses limites personnelles et de sa mission.

Une des missions possibles de ces groupes est de travailler sur " l'échec ". La toxicomanie, l'alcoolisme faisaient partie des premiers investissements des réseaux dans ce champ... Malgré les protocoles, les médicaments, le travail en équipe, " l'échappement " d'un patient est difficile à vivre.

## **Dossier médical commun, Informatique**

A l'origine, et ceci a été très bien développé par les services d'hospitalisation à domicile, un cahier ou un classeur commun, débuté dans un service hospitalier, est complété par l'infirmière ou le médecin libéral. Le document papier se déplace avec le patient. Dans certaines pathologies, à l'initiative de certaines équipes, un carnet de suivi (propriété du malade) a été instauré. Ici ou là, le carnet de santé joue ce rôle. Le médecin y porte ses prescriptions, et le patient ses notes . Très vite l'outil informatique ou la carte de santé polyvalente devrait prendre le relais.

Malheureusement, l'idée d'une écriture commune ville-hôpital fait encore aujourd'hui révolution.

La mise en place d'un tel document de suivi, de façon homogène, porté par le malade, n'en est qu'à ses débuts. Seul deux réseaux, à notre connaissance, se sont engagés résolument dans la construction d'un réseau informatique commun aux professionnels volontaires (en plus des réseaux " Soubie "). Mais l'importance de l'informatique dans les dossiers " FAQSV " est en mesure d'accélérer le processus.

Aujourd'hui, l'informatique dans les réseaux se limite donc le plus souvent à une adresse e-mail, nouveau mode de communication qui tend à remplacer les télécopies,

ou éventuellement à un site qui permet de trouver un certain nombre d'informations pratiques, avec un accès tout public et un accès professionnels.

## **Conclusion**

Ce travail a comporté un état des lieux, un recensement, des rencontres multiples, permettant d'évaluer la situation des réseaux "addictions" en France et d'en envisager les aspects positifs et négatifs. Les réseaux sont un espace intermédiaire du système de soins dans lequel des soignants collaborent, pour des usagers et des usages, avec des outils diagnostiques et thérapeutiques (tels que le repérage précoce ou la prescription de médicaments de substitution).

Cette " zone de jonction " est assurée par les professionnels de premier recours et leurs partenaires.

Or cet espace est encombré : le corps médical de premier recours reçoit de très nombreuses sollicitations, dans un contexte démographique défavorable et des conditions d'exercice et de reconnaissance matérielle qui se dégradent (image, violence, procès, temps de travail, tarif de la consultation).

Notre rapport met ainsi en évidence que les réseaux " addictions " et au delà, les collaborations organisées entre professionnels, ne pourront se développer durablement qu'avec une réflexion globale sur le fonctionnement du champ médico-social en France : démographie, rapport temps / rémunération, apaisement de la pression sociale et administrative, développement de la formation. Dans l'attente, l'analyse de certains problèmes permet de proposer des éléments de réponse plus faciles à mettre en œuvre.

### **Des difficultés majeures et une instabilité politique.**

Au désir de faire de certains médecins, répond le peu de mobilisation de la plupart des autres: le rejet des " toxicomanes ", la sous-estimation de l'alcoolodépendance ou de la tabacodépendance, le peu d'intérêt pour la santé publique, et enfin le refus de tout investissement supplémentaire, en sont les causes principales.

Le cadre conventionnel ne suffit pas pour répondre aux difficultés et trouver des solutions originales, dont une diversification des modes de rémunération ou celle du déroulement de carrière des professionnels libéraux.

L'environnement " politique " est aussi particulièrement instable: les négociations ministère/caisses/syndicats de médecins sont difficiles, des modifications sont en cours dans les centres spécialisés, les hôpitaux sont en crise (manque de personnel, difficultés avec le budget global), la médecine générale est en questions, la démographie médicale est perturbée, et il n'y a pas de FMC (formation médicale continue) statutaire. En fait, les professionnels de santé souffrent, quelle que soit

leur place, d'un manque de temps et de reconnaissance. Dans ce contexte, les réseaux sont coûteux, et vécus comme porteurs d'incertitude et de complexité.

Les réseaux "addictions" ne doivent pas être construits comme de nouvelles structures, un "nouveau système de santé" (en substitution ou en complément des structures existantes) mais permettent une réorganisation de l'interface entre la ville et l'hôpital avec la nécessité d'une formation continue répétée (évolution des usagers, des outils thérapeutiques utilisés, des concepts avec la notion de tronc commun aux différentes dépendances), et d'une bonne collaboration entre les différents professionnels autour de patients souvent difficiles.

La création d'un réseau reste à priori, sous la responsabilité de professionnels, l'administration répondant en terme d'évaluation, d'agrément, de financement. Cependant, la mise en évidence de failles dans un système loco-régional de soins, doit amener la DDASS à convoquer les différents professionnels pour mise en place des liens indispensables.

#### **Des forces vives et un engagement pour la santé.**

Les médecins fondateurs des premiers réseaux, encore souvent présents dans ce champ et considérés comme militants, représentent un groupe de professionnels riche d'enthousiasme, d'expérience et d'une volonté continue d'améliorer leur pratique. Ils sont partie prenante dans la plupart des actions de santé publique. Leur succession est difficile : la transmission de leur savoir-faire n'est pas organisée.

Cependant, ils sont les modèles d'un exercice particulier de la médecine, prenant en compte la personne dans sa globalité, ouverte vers les autres professionnels, ayant intégré l'épidémiologie, la formation interactive, la prévention.

Les pouvoirs publics doivent assurer le maintien des moyens de ces professionnels et de leurs réseaux, outils locaux d'une cohérence socio-médicale, et proposer des outils simplifiant les procédures d'accès aux différents financements.

#### **Des mouvements lourds.**

La fragilité de réseaux dont l'efficacité repose sur la transversalité et sur le volontariat de leurs membres impose aux institutions une nouvelle logique de pilotage définissant de grandes règles mais respectant une large initiative du terrain

Le cadre prévu en 1996 par les ordonnances Juppé (dits "réseaux Soubie"), n'a pas permis, sauf exception, le développement de réseaux « addictions ».

Le FAQSV (Fonds d'amélioration de la qualité des soins en ville) offre davantage de possibilités, mais implique un investissement en temps non négligeable pour la constitution du dossier. En l'état actuel, c'est une réorganisation (proche de celle en vigueur dans le secteur commercial) de type rapprochement-absorption-fusion entre les réseaux qui permettrait de coller aux exigences des textes et des comités qui les appliquent.

La circulaire du 25 novembre 1999 fonde le travail d'une majorité de réseaux, mais elle ne permet pas un financement sécurisé et pluriannuel.

La Loi du 4 mars 2002 et la Loi sur le financement de la Sécurité Sociale (et les décrets qui l'accompagneront) peuvent permettre une inscription plus juste des réseaux entre les secteurs libéraux, hospitaliers et les centres spécialisés.

### **Un engagement des pouvoirs publics sur l'existant et la mise en place d'outils facilitants**

Ainsi, les réseaux ville-hôpital qui fonctionnent depuis plus de 5 ans, malgré de relatifs désenchantements évoqués plus haut, doivent être soutenus. Des nouvelles orientations pour les réseaux sont par ailleurs possibles:

- quelle que soit leur structure:

- mise en place de procédures de formation simplifiées, qui devraient intégrer un rapprochement avec les associations d'EPU. A noter, un budget annuel public devrait être proposé pour les formations (DDASS, DRASS, MILDT...), et un complément apporté par d'autres partenaires, notamment du secteur privé.

- élaboration d'un "outil" de consensus local. Le réseau propose une personne ou une structure référente pour un problème donné: cet interlocuteur identifié, connu, est accepté par les différents professionnels pour mettre en place et soutenir un cadre d'intervention (une "conduite-à-tenir" prédéfinie). Ici, le réseau permet aux professionnels de la ville et de l'hôpital de se connaître, de se respecter, de s'appuyer sur un référentiel de pratiques commun.

Il y a la nécessité cependant dans ces deux situations, de s'appuyer sur une personne ou un groupe de personnes ayant un intérêt et / ou un désir d'organiser ces éléments. Ces deux "outils" ne posent pas de problème de fond en dehors d'un aspect d'organisation loco-régionale: une coordination locale, des rencontres et des formations sont nécessaires, en lien avec les EPU, les amicales, l'Ordre des Médecins, les autres réseaux, etc... tous impliqués dans le domaine des addictions. La DDASS et le chef de projet " drogues et dépendances " pourraient initier ou soutenir une telle démarche de coordination locale.

L'engagement d'un coordinateur, ou la création d'une équipe psycho-sociale mobile (par redistribution locale des moyens ou subventions spécifiques) sont des idées fortes pour répondre à la nécessité de recrutement et de formation des professionnels ("à énergie constante pour eux"). Il s'agit bien, pour qu'un réseau fonctionne de "prendre un bâton de pèlerin" pour aller à la rencontre des professionnels. La création de cette équipe nécessite des interrelations locales harmonieuses, une coordination, l'évolution des médecins libéraux ayant à accepter cette collaboration. Dans ce cadre, l'embauche d'un(e) visiteur(teuse) de santé publique a déjà été utilisée avec un réel intérêt. Ce(tte) médiateur(trice) de santé, est chargé de prendre rendez-vous avec tous les médecins du secteur pour leur présenter le réseau, les outils locaux

d'aide à la pratique, proposer des documents d'informations ciblés, mais aussi recueillir des informations sur la pathologie concernées, des alertes, des pistes de recherche. Ce nouveau métier implique une personne "relais" particulièrement motivée.

Une cohérence de l'organisation administrative est aussi un élément majeur d'aide au fonctionnement des réseaux : ce point est d'importance, et sera repris dans plusieurs des propositions pratiques décrites ci-après.

En réponse, la DHOS a été désignée comme pilote de cette organisation des soins.

L'Administration doit mettre à jour le fichier des réseaux avec des enquêtes régulières, éventuellement soutenues par Drogues Alcool Tabac Info Service pour connaître les coordonnées des réseaux et leurs modifications. En plus de l'aspect quantitatif, il est nécessaire pour les pouvoirs publics d'avoir une évaluation actualisée des réseaux qui sont en fonctionnement, de leur mode d'organisation, de leurs productions ou des difficultés rencontrées.

### **Liens avec les autres réseaux: des mécanismes différents.**

Pour des raisons pratiques et théoriques (liées à l'évolution des consommateurs, des connaissances neurobiologiques et psychosociales, et des mobilisations des équipes), les réseaux " alcool " et " toxicomanie " ont vocation à se réunir, c'est-à-dire associer des médecins et pharmaciens, des centres spécialisés, des établissements hospitaliers, avec des projets communs autour des " addictions " (repérage précoce et orientation adaptée, promotion de la santé, protocolisation des prises en charge, formations communes...).

Aujourd'hui, des réseaux toxicomanie peuvent fonctionner avec des médecins en petit nombre et un budget le plus souvent inférieur à 40 000 euros. Le bénéfice est évaluable : rencontre facilitée entre usagers et professionnels, palette disponible de médicaments et d'outils de réduction des risques, hospitalisations et orientations (psychiatrie, CSST) possibles, prise en compte des comorbidités et consommations associées.

Les réseaux alcool nécessitent eux, une infrastructure dense, une coordination adossée à un dossier médical commun, et doivent gérer des moyens limités en regard des importants besoins recensés.

La transformation de ces différents réseaux en réseaux " addictions " se justifiera en particulier :

- si les besoins locaux, précisément repérés, expliquent la mise en commun des formations, des ressources, des circuits.
- si les professionnels (en particulier de ville) en charge de la toxicomanie, de l'alcoolodépendance, de la tabacodépendance, sont les mêmes.
- si les centres spécialisés et l'hôpital ont eux-mêmes commencé à s'ouvrir aux autres produits, et qu'au delà d'une simple facilité d'orientation, le réseau permet bien la construction d'une " équipe " hors des murs avec une culture commune.

Par ailleurs, une fusion des réseaux addictions avec d'autres réseaux (organisés pour d'autres pathologies) qui ne serait décrétée que pour des raisons de simplification administrative, ne semble pas fonctionnelle. En effet, l'intervention de paramédicaux, indispensable dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou de procédures thérapeutiques ou diagnostiques lourdes, n'est pas systématiquement nécessaire en matière d'addictions; le système de financement et les montants en jeu ne sont pas équivalents.

Le développement de réseaux plurithématiques au mieux susceptibles de réaliser une organisation efficace des soins dans une dynamique ville-hôpital-centre spécialisé, et d'obtenir des financements, doit préserver les spécificités des addictions.

Il existe donc un bénéfice -en terme de santé individuelle et de santé publique- d'une prise en charge plus précoce et une orientation juste de patients présentant un usage nocif de produits psychotropes ou une dépendance. Le fonctionnement en réseaux permet de multiplier les portes d'entrée et d'accéder plus facilement aux soins globaux. Les médecins de premier recours sont actuellement soumis à des difficultés existentielles fortes, les centres spécialisés et les établissements hospitaliers sont en réorganisation.

En conclusion :

A-Le recrutement de nouveaux médecins pour les réseaux relève :

- d'un effort d'explication du bénéfice que ces professionnels et leurs patients ont à gagner dans ce mode de travail, en particulier l'appui d'un coordinateur
- d'un financement spécifique (formation, soirées, forfait...)

B-La création de nouveaux réseaux dépend de la simplification des procédures, de l'aide à la constitution de dossiers, de ponts entre les « lignes budgétaires », de la présence identifiée d'un interlocuteur (unique) au niveau de l'administration.

C-Les réseaux « toxicomanie » ou « alcool » existant fusionneront progressivement, en parallèle à l'évolution des « représentations sociales » et des centres spécialisés ; les nouveaux réseaux doivent être ouverts dès leur conception aux différents usages des différentes substances psychoactives.

Notre mission devrait être poursuivie par :

- La mise en fonction d'un interlocuteur spécifique (pour les réseaux addictions) pour suivre les actions, organiser les réponses, accompagner les évolutions ; ceci sous la responsabilité de la DHOS. Dans le cadre d'un recensement et d'une évaluation continue, tous les ans à partir de 2001, une cartographie des réseaux pourrait être établie.

- La mise en place des outils suivants :

- Rédaction d'un Bulletin trimestriel rendant compte des initiatives, en particulier dans le domaine de l'évaluation et de l'informatique ;

- Publication d'une brochure mettant en évidence les bénéfices obtenus en cas de repérage précoce et d'une concertation des soins en matière de dépendances ou

d'usage nocif "améliorer l'analyse et la concertation en matière d'addictions"; ce document devrait aussi rassembler pour utilisation, les outils évalués de repérage ;

- Par ailleurs, nous proposons de réaliser une brochure, en collaboration avec la CNR, actualisée tous les ans, listant les textes et décrivant les différents processus de financements possibles ainsi que les interlocuteurs. Cet outil doit associer les problématiques et ne peut être référé uniquement aux addictions. Les axes de financements doivent comporter un échelon local, un départemental, et un régional. Ces documents doivent être réalisés et édités après concertation avec la MILDT, la DGS, et la DHOS, pour intégrer les remarques et les initiatives éventuellement engagées dans ce domaine.

La diffusion des documents suivants devrait être initiée ou poursuivie :

- du document " accueillir et prendre soin d'un usager de drogues en médecine de ville " (Dr Carpentier)
- de la plaquette (à paraître) de l'association GT à destination des médecins généralistes, présentant les produits, les addictions et les conduite-à-tenir.

De nombreux travaux portent actuellement sur l'évaluation, et nous proposons de rassembler et synthétiser éventuellement les productions plutôt que de s'engager dans un travail en parallèle.

La MILDT et le Ministère de la Santé pourraient s'engager financièrement en matière de formation dans les réseaux quelque soit le statut des professionnels (soirées et réunions " d'intervision ") et pour la mise en place d'études sur la situation locale.

Certains points nécessitent des rencontres de concertation (avec la CNAM, le Conseil de l'Ordre et l'Université en particulier) : mise en place d'un forfait, développement de l'échelon régional, augmentation du nombre et de la rémunération des vacations, développement de diplômes et d'agrément.

Les pouvoirs publics doivent soutenir les professionnels dans les réseaux, en particulier en terme de formation et de coordination par des financements stabilisés. Les recommandations ci-jointes permettent d'apporter des réponses et des outils, point par point, aux difficultés rencontrées.

## **Identification de difficultés spécifiques et propositions**

**Sensation d'impuissance ou d'échec des médecins face à des patients alcoolodépendants ou toxicomanes, et désengagement.**

- Propositions:

A -L'effort de formation doit être maintenu, et des sessions sont à organiser sur la période 2002-2005 avec trois orientations:

- donner aux médecins des informations exhaustives sur le devenir des personnes dépendantes, intégrant les différents produits, les personnalités, les modes de prise en charge, afin de modifier la sensation globale d'inefficacité.

- informer les médecins des effets bénéfiques des interventions courtes, leur permettant de ne pas se sentir prisonniers de consultations longues, difficiles, frustrantes. Des outils simples de repérage sont à promouvoir.

- ouvrir les formations à de nombreuses méthodes thérapeutiques : les médicaments, les orientations psycho-sociales, les psychothérapies et thérapies comportementales....

Le cadre de cette formation est envisagée plus haut (formation médicale continue, initiatives des associations, programmes locaux ou nationaux ...), mais elle devrait s'envisager de façon systématisée, dans un premier temps en fin d'études, ensuite dans le cadre de la formation médicale continue rémunérée.

B - Les réseaux doivent mettre en place ou développer des réunions d'équipe ou des réunions d'intervision, soit dans un local indépendant (siège du réseau...), soit directement dans le cabinet du médecin (avec le déplacement d'autres professionnels, tels que dans les "microstructures" mises en place dans le secteur de Strasbourg ). Ici, le travail est envisagé comme un manière de communiquer sur un patient, afin de visualiser son itinéraire réel et non "fantasmé". A un autre niveau, la mise en avant des difficultés ponctuelles de certains soignants face à certains patients doit apporter un certain apaisement. Ces réunions doivent être rémunérées.

### **L'impression d'être "instrumentalisé" par les pouvoirs publics.**

- Le réseau doit être construit à partir des professionnels eux-mêmes. L'administration doit se présenter comme facilitatrice de la réalisation des projets de terrain. L'évaluation sera construite en collaboration avec les professionnels, avec des objectifs principaux se focalisant sur l'amélioration des pratiques des professionnels et la qualité et la cohérence des soins reçus par la population.

La réponse à cette difficulté est donc d'imaginer que la politique de santé dans ce domaine, permette d'attribuer des moyens aux professionnels pour qu'ils organisent eux-mêmes des réponses aux besoins.

Cependant, cette position d'attente des pouvoirs publics n'est pas satisfaisante lorsqu'il n'existe pas de projet médico-social, que les conflits stérilisent toute initiative, alors que les problèmes de santé s'accroissent. La DDASS et /ou le chef de projet, s'appuyant alors sur des éléments chiffrés, sur des recommandations régionales (SROS, PRS...) et sur un " constat de carence " des professionnels locaux, doivent promouvoir de nouvelles réponses.

### **Méconnaissance des réseaux. (nombre, spécificités, monothématique produit ou " addictions ")**

Proposition : Le recensement des réseaux doit faire partie des rapports des chefs de projets " drogues et dépendances ", des comptes-rendus des commissions départementales des traitements de substitution. Ces documents doivent être recueillis au niveau de l'administration centrale (DHOS, DGS) et de la MILDT et au niveau régional pour établir une cartographie de l'offre de soins. Il s'agit de connaître l'existence, la localisation des réseaux, mais aussi leur fonctionnement réel et leurs pôles d'intérêt, en sachant se situer dans une démarche dynamique : situation au moment de l'enquête, évolution prévue, déterminants de cette évolution. Le suivi pratique (adresses, téléphone) pourrait être effectué par Drogues Alcool Tabac Info Service. Cette base de données centralisée par le 113 aurait par ailleurs un effet positif pour l'orientation du public.

A partir de 2002, l'administration doit être en mesure de réaliser une cartographie des réseaux et leur champ d'action.

Sur le plan qualitatif, pour chaque réseau, les questions suivantes devraient avoir une réponse (hors évaluation) :

- quel mode de financement ?
- quel type de coordination (temps, qualité) ?
- nombre et qualité des professionnels engagés ?
- quelle population prise en charge ?
- quels liens avec les secteurs sociaux, psychiatriques, avec la ville ?

Ces éléments participent à une connaissance / reconnaissance des réseaux.

Le temps nécessaire à la formalisation des réponses (par les réponses) doit être court, ce qui implique un questionnaire concis et établi en collaboration avec les professionnels.

Ces éléments participent à la connaissance de l'existant et ne peuvent servir de base à une homogénéisation.

#### « Le manque de temps. »

Les libéraux travaillent " bien davantage que les 35 heures mis en place pour les salariés ". Plusieurs soirs par mois sont réservés pour des soirées habituelles, dans le cadre d'amicales, d'EPU, de réunions syndicales. Toute proposition tendant à augmenter le temps de travail sans rémunération est logiquement vécu comme impossible. Les réseaux sélectionnent donc des soignants qui se sentent "personnellement" impliqués dans le domaine de la santé publique ou de la santé communautaire

- Proposition: Les soirées de formation, mais aussi toute proposition de groupe de travail, de réalisation de dossier, doit être accompagnée d'un financement en rapport (honoraires, remboursement de frais...).

La forfaitisation déjà évoquée est aussi une réponse à cette mauvaise répartition temps/bénéfices.

Par ailleurs, deux logiques d'organisation départementale peuvent être construites:

- les différents réseaux d'un département doivent éviter des actions concurrentes ou même juxtaposées lorsque la population cible (les médecins généralistes) est la même.

- les différentes EPU, amicales, réseaux, devraient pouvoir établir un planning mensuel cohérent, regroupant par exemple certains thèmes récurrents, au bénéfice de la qualité des interventions et de la "non-agression" des praticiens par des soirées itératives.

Une question associée est la rémunération des autres professions intervenant dans un réseau: comment prendre en compte les exigences, dans une logique d'égalité, d'une infirmière libérale, d'un pharmacien d'officine, d'une infirmière hospitalière ou d'un travailleur social intervenant dans un réseau en dehors de son temps de travail? Le bénévolat est parfois revendiqué, mais il faut être vigilant sur les différences de "traitement" entre les différents professionnels, et il est recommandé d'envisager cet aspect dès la conception des différentes actions. Pour certaines actions, des recommandations pourraient être émises au niveau national : heures supplémentaires payées par un établissement, prime de formation non assujettie à l'URSSAF...

### **Le manque de reconnaissance**

(patients lourds à mauvais rapport investissement/guérison, reconnaissance de compétence). Des formations universitaires, des soirées de travail, une expérience acquise année après année sur le terrain, n'ont aucune traduction en terme de reconnaissance sociale, de rapport vis-à-vis d'autres spécialistes, de modification tarifaire.

- Propositions:

- accréditation locale: les soignants qui le désirent pourraient demander à une instance locale (associant une commission de l'Ordre pour les médecins par exemple et des représentants de la DDASS), une qualification départementale, lui permettant une modification de son intitulé professionnel et des spécificités tarifaires (dépassement de "quota", forfaitisation...). Cette demande serait effective avec une procédure simplifiée, initiée par le médecin demandeur, qui devrait simplement répondre à un cahier des charges mettant en avant son expérience, son intérêt, et la participation à un réseau.

- dépassement tarifaire: l'hypothèse "C addiction" ne semble pas une bonne solution pour de nombreux médecins interrogés. Plus adaptée semble être la possibilité d'un forfait correspondant à la prise en charge d'un patient donné, après qualification locale et respect d'un cahier des charges. Pour les non-médecins, l'inscription des addictions " hors quota " serait un élément important pour faciliter leur prise en charge .

- l'accès à une spécialisation universitaire, mais aussi, la participation des médecins généralistes à l'enseignement de cette spécialité serait un signe majeur de reconnaissance (les formations sur les addictions sont assurées le plus souvent par des psychiatres).

- les formations (initiale, continue, rémunérée...) répondent aussi à cette nécessité de reconnaissance. Un diplôme de coordinateur renforcerait la spécificité du travail en réseau.

- les vacations des médecins généralistes dans les Centres devraient être davantage rémunérées.

- la professionnalisation/reconnaissance de l'aide à domicile (hors HAD) permettrait de développer une véritable alternative à l'hospitalisation .

La mise en place de ces propositions nécessite une large concertation avec la CNAM, les représentants des professionnels, l'université.

### **Trouble face à la «fusion» des "addictions", à la notion de culture commune**

- Il s'agit bien d'une évolution de la pensée et de l'organisation des soins face à une évolution des dépendances constatées épidémiologiquement et cliniquement. Par ailleurs, les professionnels eux-mêmes ont pointé certaines incohérences dans la répartition des moyens selon les régions et/ou les produits concernés. L'adaptation du système de soins autour de cette notion " d'addictions " ne s'accompagne pas d'une volonté d'appauvrir tel ou tel intervenant ou structure, mais bien d'harmoniser sur le territoire la qualité de prise en charge. Dans les réseaux, l'orientation est simplifiée, plus efficace, et permet d'exercer ses compétences dans un cadre homogène. Le développement des réseaux locaux doit ainsi être soutenu comme outil de mise en œuvre de cette politique. L'administration n'impose pas un modèle " addictions " comme modèle unique de fonctionnement des réseaux intéressés par l'usage de substances psycho-actives. C'est l'analyse de la situation locale, tant des besoins de la population, de la couverture spécialisée ou non et son adéquation qualitative ou quantitative, mais aussi des motivations des professionnels, qui permettra d'effectuer un choix utile. Dans certains cas, deux réseaux pourront cohabiter sans concurrence (chacun étant en mesure de définir des objectifs spécifiques en fonction d'un besoin constaté) ; ailleurs, le regroupement des soignants et des centres permettra de développer l'accueil et la fluidité des orientations.

Au-delà de la question des addictions, les réseaux sont tentés aujourd'hui par des fusions ou regroupement entre pathologies, respectant un référent et des praticiens par pathologie, tout en ayant local et secrétariat commun. Le choix doit être local, et renvoie à la notion de "fongibilité des enveloppes " évoquée plus bas, qui permettrait d'alimenter le " principe réseaux " par une source unique de financement.

**La mise en place des réseaux est freinée par des conflits locaux.**

- Proposition : L'administration centrale a peu de connaissances et peu d'influence sur ces aspects. La phase de bilan local, préparatoire à toute (ré)organisation, est particulièrement importante, permettant de repérer et d'anticiper les réticences. Localement, les DDASS ont un rôle d'arbitrage qui pourrait être renforcé : pour répondre aux priorités de santé publique, la collaboration de chacun doit être obtenue. En matière de prévention des addictions, le Chef de projet a également un rôle d'harmonisation des crédits.

L'action des pouvoirs publics peut porter sur 2 points :

- suivi effectif des crédits qui peuvent être utilisés de façon non conforme au projet initial renforçant de fait l'éclatement des secteurs toxicomanie/alcool/tabac.
- concertation locale par une mise en perspective des différents projets déposés (commission annuelle). Une expertise géographique et populationnelle pourrait ainsi être développée : par bassin de population, des réponses organisées doivent être mises en place afin de couvrir les besoins. Le financement des réseaux est un moyen constructif pour dénouer les conflits locaux, en affectant des subventions sur des actions coordonnées entre les différents partenaires, en privilégiant les formations communes, etc...

Nous recommandons d'accompagner de façon prioritaire les réseaux anciens, engagés sur une mobilisation, et qui manquent d'un budget pour pérenniser leurs actions. Cette orientation permettrait de clarifier les liens avec les néostructures construites en miroir des budgets disponibles. Les conflits avec les hôpitaux doivent être gérés par l'équipe de liaison prévue par la circulaire du 8 septembre 2000, interlocuteur privilégié, lorsqu'elle existe. En son absence, un référent doit être reconnu aux urgences (psychiatre de garde par exemple) et dans un service (d'alcoologie s'il existe, ou gastro-entérologie). Cet interlocuteur est un relais au sein de l'établissement. En cas de difficulté, la DDASS doit pouvoir appliquer les recommandations concernant par exemple les lits réservés pour sevrage, élargis aux soins pour personnes présentant une dépendance à des substances psychoactives.

Lorsque les Centres Spécialisés sont au cœur des conflits, surcharge de travail en particulier pour les CCAA, ou conditions d'admission ou d'accueil sont restrictives (en regard des besoins réels de la population), le Directeur Départemental de la DDASS, associé au Chef de Projet " drogues et dépendances " doit mettre en œuvre des procédures (création, réorientation...) susceptibles de répondre aux besoins.

**La constitution des dossiers de subvention est complexe et freine le développement des réseaux** (la mise en évidence des besoins dans un secteur géographique donné, et des ressources possibles, nécessite elle-même un investissement... et des moyens).

- Propositions:

- l'ouverture sur dossier simple, d'un financement MILDT/ DGS pour un an, permettant à des promoteurs de mettre en forme et en place un projet.

- la " fongibilité des enveloppes", à savoir le regroupement en une source unique, des différents axes de subventions possibles (les différentes modalités de financement recensées dans ce rapport, sont dissociées ou s'excluent ).

- faciliter la rédaction des dossiers de demande de subvention, bénéficiant ainsi de l'aide de l'administration au lieu de craindre sa volonté de complexifier la démarche. Ce sont les professionnels de terrain qui doivent être accompagnés et financés.

Dans le cadre du FAQSV, des structures ou comités loco-régionales d'aide et d'agrément, tel que le CORRES du Languedoc Roussillon (Comité Régional Des Réseaux de Santé), le CAP-Réseaux en Rhône Alpes, ou encore les URCAM et leurs bureaux d'aide à la rédaction projet (en lien avec l'URML Ile de France par exemple), effectuent déjà un travail de ce type.

- un guichet unique : Au niveau local, la DDASS doit connaître les réseaux et les financer en assurant un équilibre au niveau du département, en collaboration avec le chef de projet " drogues et dépendances ".

Au niveau régional, une Agence Régionale de Santé répondrait au mieux aux besoins de répartition.

Enfin, au niveau national, les différentes Directions du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, sous le pilotage de la DHOS, devraient organiser des réunions de concertation entre les bureaux chargés des réseaux.

Il est en effet important que, au moins pour ce qui concerne les réseaux "addictions", les interlocuteurs au niveau de l'Administration Centrale ne soient pas multiples. Ce point favorise bien sûr la convergence des connaissances, des demandes. Par ailleurs, le correspondant peut faciliter la diffusion d'informations provenant des circulaires, notes, modifications administratives, auprès des réseaux recensés actifs. Dans l'attente des améliorations et pour suivre celles-ci , un accompagnement du développement des réseaux est nécessaire, et ce "guichet unique" assurerait conseil, aide à l'évaluation, adaptation des systèmes.

## **Quel financement pour quelle action ?**

Proposition : Tout projet de réseau doit comporter :

- un budget " formation " intégrant l'organisation et la rémunération des formateurs et des professionnels formés (lorsque ce temps de formation n'est pas intégré et financé dans un système salarié ou conventionnel). Cette formation est pluriprofessionnelle.

- un budget " coordination " : des actions, des suivis des patients...Le temps et la profession initiale du coordinateur salarié seront calculés en fonction des besoins quantitatifs et qualitatifs.

- un budget "besoins et objectifs, avant, après" : un premier niveau d'évaluation interne, dont le financement doit donc être prévu, est d'explorer la situation locale en matière d'addictions et de proposer des actions. Un point d'étape annuel permet de vérifier l'évolution des prises en charge et des professionnels.

- une évaluation externe. Facultative en matière de toxicomanie, vivement recommandée en matière de tabac ou d'alcool, elle permet d'élaborer des processus de suivi des pathologies et de mettre en évidence des bénéfices économiques et qualitatifs consécutifs à leur mise en œuvre.

Nous recommandons une aide simplifiée de l'administration sur les points " formation " et " besoins et objectifs ". Une subvention d'Etat initiale de 8000 euros en base, éventuellement reconduite une fois, permettrait d'initier ces actions, et de préparer un dossier FAQSV (ou un dossier polyvalent pour des co-financeurs). Le financement devrait être effectif , au moins pour moitié, dès la signature de la convention Etat/Association.

### **Comment mettre en évidence les problèmes/besoins afin d'envisager et de suivre la mise en place des réseaux?**

- L'InVS, l'INSERM, les CIRDD, l'OFDT et les différents registres nationaux, recensent et rassemblent la grande majorité des informations. L'émergence des comportements d'addictions et le repérage de professionnels sont ainsi possibles. Un décalage entre les besoins et les ressources fonde la nécessité d'une intervention.

### **Quel contrôle dans les réseaux (des prescripteurs et des usagers)?**

Propositions :

- mise en place d'un carnet de suivi pour le patient (mais ce système a montré ses limites)

- repérage par la sécurité sociale des prescriptions abusives ou avec chevauchement. Le rôle des CPAM pourrait être cependant redéfini, son implication dans les demandes de remboursements sur une même période de médicaments psychotropes avec possibilité d'alerte des prescripteurs pouvant être envisagée. Les modalités sont à définir, permettant un travail de santé publique, une sécurisation accrue du patient mais aussi, le respect de la liberté individuelle et du système de la médecine libérale.

- un autre axe d'intervention est à nouveau la mise en place d'une "forfaitisation-patient" proposé aux médecins s'engageant à prescrire dans le respect d'un cahier des charges. Ce système, à établir en collaboration avec l'Assurance Maladie et les professionnels, permet d'assurer une qualité de réponse au patient sans mettre en route un système de surveillance spécifique et sans sélectionner arbitrairement les

médecins aptes à accueillir ces patients. En effet, les médecins accueillant des toxicomanes demanderont pour la majorité d'entre eux à bénéficier de ce dépassement tarifaire et seront donc partie prenante dans la rédaction et le respect d'un cahier des charges impliquant entre autres, un recueil d'information permettant une surveillance épidémiologique.

### **Accès insuffisant aux ressources documentaires**

- Proposition :

Dès sa création, le réseau doit établir des liens avec le CIRDD (Centre d'Information et de Ressources en matière de Drogues et de Dépendance), et/ou avec le Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale (CODESS) ou le Centre Spécialisé de son secteur.

Les liens réseaux - CIRDD permettent au CIRDD de répondre aux besoins des professionnels du réseau, et dans l'autre sens, au réseau de se faire reconnaître comme partenaire fort dans le domaine des dépendances. Le CIRDD peut en effet diriger des personnes ou des institutions vers des professionnels de santé pour des interventions ciblées. Le centre de documentation devrait aussi mettre en place, la réalisation d'une synthèse de " documents récents ", qui serait adressée aux professionnels concernés, en collaboration avec le site de la MILDT. Dans l'optique d'un site internet à destination des professionnels, le centre de documentation local pourrait initier un site ou créer des liens avec celui du réseau.

### **Le repérage des interlocuteurs au niveau de l'administration est difficile.**

(Le médecin inspecteur de la DDASS est le plus souvent connu des réseaux, mais il n'est pas toujours le mieux placé pour répondre à des questions financières concernant les réseaux).

- Proposition:

Au niveau régional, un Comité des Réseaux (au mieux dans le cadre d'une Agence Régionale de la Santé) , dans lequel les professionnels expérimentés et leurs associations représentatives auraient une place décisionnelle, devrait être l'interlocuteur privilégié des réseaux locaux. Le Comité mis en place pour l'attribution du FAQSV ne répond pas, dans la plupart des régions, à ce besoin : place dominante pour les institutions, et absence d'orientation vers d'autres sources de financements. Dans le domaine des addictions, les médecins inspecteurs de santé publique des DDASS et les chefs de projets départementaux " drogues et dépendances "devraient faire partie des instances décisionnelles du FAQSV.

Au niveau national, un interlocuteur ou bureau unique (pilotage par la DHOS, recommandation sur un " guichet unique "), doit pouvoir connaître les réseaux

"addictions " répartis sur le territoire, leur évolution, et être source de conseil, et d'orientation.

Nous proposons de réaliser un document reprenant les textes législatifs et réglementaires, avec un lien entre les textes et les modalités de financements d'une part, avec les interlocuteurs nommés et accessibles d'autre part.

**Les réseaux sont construits sur des définitions, des textes et des moyens très différents.**

Proposition : Dans l'attente des décrets d'application de la Loi du 4 mars 2002, nous recommandons de retenir la circulaire du 25 novembre 1999 comme base pour la constitution des réseaux " addictions".

Les réseaux prévus par les ordonnances d'avril 1996 n'ont pas vocation à être développés dans le champ des addictions.

Le FAQSV est un fond destiné au secteur libéral. L'échelon régional de décision pour l'attribution de ce fond est un élément important et opérant. Cependant, la forte proportion de représentants de l'Assurance Maladie et des Syndicats, et la présence dans le décret d'une incitation à l'informatisation, peut conduire à rejeter des réseaux ville-hôpital de proximité, basés sur une amélioration des pratiques coopératives ou sur des aspects de santé communautaire. Nous proposons pour ce qui concerne les réseaux " addictions " la participation au Comité Régional du Chef de Projet Drogues et Dépendances et de représentants des professionnels des Centres ou libéraux participant à des réseaux. L'existence d'un réseau avant 1995 doit être un élément fort de reconnaissance budgétaire de ce réseau.

Un document, mis à jour annuellement, devrait être établi par l'administration (MILDT/DGS/DHOS) afin de définir l'environnement réglementaire et législatif et d'orienter (aux niveaux régionaux et nationaux) vers les personnes ou structures référentes.

**L'accès aux établissements hospitaliers et aux centres spécialisés reste difficile (" en cas de divergence d'appréciation, c'est toujours le médecin généraliste qui doit céder ")**

Proposition : Les équipes d'alcoologie ou d'addictologie de liaison, lorsqu'elles existent, sont au cœur de ce dispositif d'accès à l'hôpital. En leur absence, un référent «ville» doit être nommé par service, interlocuteur du secteur libéral, en priorité dans le champ des pathologies couvertes par ce service. Des formations communes aux équipes et aux libéraux doivent être organisées.

Les difficultés de prise en charge dénoncées, sont aussi le résultat d'une insuffisance évidente de moyens dans certains secteurs .

La DDASS, confrontée à un dysfonctionnement objectif des prises en charge dans un département, doit initier un travail, ouvert aux professionnels et usagers volontaires : le repérage et l'analyse de ces dysfonctionnements, pourra s'appuyer sur des fiches équivalentes à celles utilisées dans les établissements en cours d'accréditation pour la " gestion des risques ", fiches permettant de dénoncer un incident ou accident de prise en charge, le repérage précis des facteurs négatifs et la mise en route de solutions.

### **La prescription de méthadone en ville.**

- La primo prescription de méthadone est désormais possible aux médecins des établissements de santé. Dans cette situation, le réseau peut avoir un rôle majeur pour l'adéquation indication-prescription-suivi, et des médecins généralistes installés possédant une reconnaissance " alcool-toxicomanie " pourraient être formateurs des praticiens hospitaliers, éventuellement reconnus comme primo-prescripteurs en obtenant un statut d'attaché, et promoteurs d'un suivi de qualité pour le passage en ville de ces patients.

### **Annexe 1 : Lettre de mission**

Monsieur,

Depuis plusieurs années, devant la complexité de la prise en charge de certains problèmes de santé, les professionnels sanitaires et sociaux se sont constitués en réseaux de soin impliquant les hôpitaux et les professionnels de santé ambulatoire et notamment les médecins généralistes. Il existe actuellement environ 96 réseaux recensés dont 67 « toxicomanie » et 29 « alcool ».

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances qui vient d'être adopté le 16 juin 1999 par le gouvernement, prévoit de rapprocher les réseaux alcool et toxicomanie, de renforcer les réseaux existants et d'en développer de nouveaux.

Or les réseaux existants fonctionnent selon des modalités et avec des moyens extrêmement divers. Les cloisonnements entre les spécialistes de l'alcool et de la toxicomanie restent encore forts même si la plupart des professionnels ressentent le besoin d'un rapprochement. Par ailleurs, les liens de ces réseaux avec les dispositifs d'insertion sociale sont encore le plus souvent inorganisés.

D'une manière générale, ces réseaux reposent trop souvent sur l'investissement et l'engagement personnel de quelques professionnels, de sorte que leur pérennisation n'est pas assurée.

Il apparaît aujourd'hui nécessaire de recenser les savoir-faire existants, de dégager les expériences les plus pertinentes et d'élaborer les outils méthodologiques nécessaires à un développement significatif, dans le cadre de la circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999.

Dans cette perspective, et compte tenu de l'expérience que vous avez déjà acquise en collaborant avec la Direction des Hôpitaux pour la rédaction du Bulletin des réseaux, vous voudrez bien :

- recenser les réseaux existants concernant les dépendances, qu'ils soient formels ou informels, et identifier leurs méthodes de travail, leurs outils d'évaluation, les liens construits avec les services hospitaliers et le secteur social ainsi que les difficultés rencontrées ;
- élaborer, à partir de ce recensement, un support méthodologique permettant d'accompagner le développement des réseaux, qui comportera notamment : une présentation concrète des situations les plus souvent rencontrées en matière de dépendance, les axes de constitutions d'un réseau, les partenaires, les logiques de rencontres et d'action, les méthodes pour le faire vivre, ainsi que les propositions d'évaluation.

Cette mission devrait permettre l'élaboration d'un document concret et complet à destination des professionnels souhaitant se constituer un réseau (informations pratiques, bénéfices attendus pour le patient et le praticien, aide financière susceptible d'être apportée)-

09/5/2000

Mme Maestracci ; Mr Couty ; Mr Abenheim.

## **Annexe 2: Textes de référence en matière de réseaux**

- Article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale)
- Article 29 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L. 712-3-2 du code de la santé publique)
- Article 73 de la Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Articles 22 et 25 de la Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999
- Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
- Décret n° 96-789 du 11 septembre 1996 pris pour l'application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux et modifiant le même code

- Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique
- Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.
- Circulaire DGS/DH n° 94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux toxicomanie, à la suite de la circulaire n°93-72 du 9 novembre 1993.
- Circulaires DGS n° 74bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1<sup>er</sup> décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.
- Circulaire DGS/DH n° 44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C.
- Circulaire DGS n° 707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool
- Circulaire DH/EO/97 n° 97/277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements
- Circulaire DGS n° 97/366 du 23 mai 1997 relative aux mesures nouvelles pour 1997 dans le domaine du soin aux toxicomanes
- Circulaire DGS/DAS/DIRMI n° 97-568 du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté
- Circulaire DH/EO du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas d'organisation sanitaire.
- Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de PRAPS : programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité
- Circulaire DGS/DH n° 99-299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C
- Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI N° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux
- Décret n° 99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville.
- Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 . JO 1999 ; 302 : 19706-.

### **Annexe 3 : Bibliographie générale et contributions**

Remerciements pour leurs réflexions: *Mmes, Mrs, Drs:*

*Bourdillon (EO2), Barbier (SP3), Larcher (SQ), Guglielmi (Division Sida), Belingard-Deybach (MILDT), Mmes Maestracci (MILDT) et Cornier (SP3), Mr Simon (SP2), des médecins inspecteurs de santé publique de DDASS.*

*06-HERMANT, MUCCHIELI*

*13- SERAFINI, MOURS, RIBAUTE, STAMBUL*

*17-BINDER, BATEJAT, CLAUZIER*

21-CANNARD, SIMON, Dijon  
 25-VOILLEQUIN, ROCH, Besançon  
 26-JOLY, GRIGUER, RIVAZZI, Valence  
 28-MARTIN, Dreux; SIMON, Chartres  
 30-MANTOVANI- DE MATEIS , Alès  
 31-GOMEZ, Toulouse  
 33-COADOU, BERNARD, LEMASSON, Bordeaux  
 34- BALMES, LEGLISE, BENEZACH, Montpellier  
 36- DELAPANOUSE  
 38-CAZABAN  
 41-DEMIGNEUX, Blois  
 45-CONSTANT, TOURNE, FERQUEL  
 51-COQUS, DEPINOIS, Reims  
 57- AUBERTIN, Metz  
 59-62- VILLEZ, RIFF, CHEVALIER , Arras  
 69- FHIMA, CHOSSEGROS, FACY, MARTEN, VALLAS  
 72-PANICI - Le Mans - RTS - AMGESIT  
 75- CARPENTIER - HEFEZ, DE MASSE, Paris - VALLARCHE, CHAUMIE Paris-Nord-  
 VELLAY, PACHABEZIAN, Réseau Rive Gauche  
 RANDU -  
 77- FOURNIER, Melun  
 81- CARCAILLET, Albi  
 83-BASANISI, Toulon  
 91-GUALDONI, Corbeil  
 92- MOREL, COUTERON - HILLAIRE, ZUCMAN, Val de Seine  
 93- MENARD, St Denis, AFCHAIN, Blanc-Mesnil  
 94- PROUHEZE, VISA Boucle de Marne  
 95- THOMAS, Argenteuil, FRY, Cergy, JEANTILS, Soisy

- (1) ADSP (Actualité et dossier en santé publique) - n°32 - septembre 2000
- (2) Osmose Médicale - «majoration de soins d'urgence, mode d'emploi»-n°104, décembre 2000
- (3) Recherche en médecine générale (Revue prat. mg- tome 14, n°500 du 15 mai 2000) «Boire moins: les généralistes peuvent-ils intervenir de manière précoce?» Jean-Yves Chambonnet, Géraldine Airiau... Nantes
- (4) Impact Médecin Hebdo – Dossier « Réseaux de soins : une utilité qui reste à prouver. » .n°522, 16/2/2001
- (5) Assurance-maladie, médecine libérale: deux chantiers à ouvrir. Claude Evin - Le Monde 3/11/2000
- ASUD-Journal n°19 - Eté 2000
- Vacarme - n°13 - Automne 2000
- Mots à Maux - n°125 - Septembre 2000 - La revue «Alcool Assistance-Croix d'Or»
- La maladie alcoolique : le réseau d'aide et de proximité - n°112 - Juin 1997 - La revue «Alcool Assistance-Croix d'Or»
- Le Journal du sida- n°128 - septembre-octobre 2000-
- «S'embarrasser et non se débarrasser du toxicomane». J.Afchain- La Revue du Praticien MG - n°285 du 6 février 1995
- «Comment le MG perçoit-il sa place dans le traitement de la toxicomanie?» EVAL
- La Revue du Praticien MG - n°259 du 23 mai 1994
- Rapport de Mme le Dr Tobelem

- «La Toxicomanie en médecine générale - Bilan et analyses concernant 773 consultants». Dr Boisseau et Dr Carpentier - 1992
- «Toxicomanie : des généralistes qui se cherchent (création de GT)- Le Généraliste - n°1059 - 17 février 1989
- Psychotropes - Influences - Vol 5, n°4, 1999
- Comité de Pilotage: évaluation des réseaux (Alès, 2000)
- Faims de Siècle - Actes du XIIème Colloque National GT - Paris 1999
- Projet Equipe de Liaison Inter-Hospitalière en Addictologie - Novembre 2000 - CSST JET 94
- Rapport annuel GT 59/62 1999 -
- Le Généraliste n°2042, le 20 juin 2000 - Les MG à l'honneur aux staffs de la Croix St Simon-
- Methadone treatment practices and outcome for opiate addicts treated in drug clinics and in general practice: results from the National Treatment Outcome Research Study - Gossop et al. - British Journal of General Practice, 1999, 49: 31-34
- Methadone treatment by general practitioners in Amsterdam - Van Brussel et al. - Bulletin of NY Academie of Medecine, 72, 2:348-358
- Le Flyer, bulletin de liaison édité par les laboratoires du Dr.E.Bouchara – n°1-2-3
- Loi ° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.
- XXIème siècle: les généralistes nouveaux sont arrivés. Le Généraliste n°2084 - 16/1/2001
- Suivi de patients pharmacodépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage à partir des réseaux de soins – Dr De Ducla - Annales de Médecine Interne – Vol. 151 - Avril 2000
- Substitution des opiacés : place et rôle des réseaux – A.Gagnon, S.Robinet, C.Bronner, PJ.Parquet – La Revue du Praticien- n°509 – 2/10/2000
- Les réseaux de structures intervenant dans le champ des substances psychoactives en Ile de France – Partenariat, objectifs, difficultés, recensement - CRIPS 2000-
- Projet Réseau Addictions Précarité – Champagne Ardennes – Novembre 2000
- Principes d'évaluation des réseaux de santé. ANAES, Service évaluation en santé, Paris, 1999.
- Magnier AM, Caron B. Médecins généralistes : acteurs de santé publique ? Paris : CFES, 1996. Coll. Séminaires - CFES / SFTG
- Les Réseaux de Santé - Cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste - Revue Prévenir. 1994 ; 27
- Hardy-Baylé MC, Bronnec C. Le Réseau Santé Mentale Yvelines Sud. Le carnet psy 2000 ; 52 : 27-41.
- Coruble G. Comment santé devient citoyenneté. TLM 1997 ; 29 : 29-31.
- Larcher P. Réseau : un exemple de réseau communautaire informel. *In* : La santé communautaire : concepts / actions / formation. Paris : Centre international de l'Enfance, 1990 : 173-75.

- Larcher P. ; Poloméni P. - La santé en réseaux : objectifs et stratégies dans une collaboration ville-hôpital – Masson ; 2001 – 208 pages

-DGS/SP3 ; Direction Générale de la Santé- Etude des réseaux Toxicomanie-ville-hôpital 1995. Paris, Min. du Travail et des affaires sociales, 1996, 54p.

- Bilan des comités de suivi départementaux des traitements de substitution. Exercice 1998. Paris, Ministère Emploi Solidarité, 2000, 40 p., tabl.

#### **Annexe 4 : Pour créer un réseau**

La création d'un réseau "addictions" de proximité se réalise à partir d'un initiateur et d'un besoin local, mettant en mouvement un investissement de proche en proche.

La DDASS ou le chef de projet "MILDT" doit être en mesure de participer au démarrage du réseau, si des initiateurs libéraux, et au moins une structure spécialisée et un service de l'hôpital sont clairement nommés, et qu'un besoin au niveau de la population est identifié.

Différentes situations se rencontrent sur le terrain :

- Réseau à créer " ex-nihilo " : dans ce cas, l'administration, confrontée aux besoins de la population, doit initier une rencontre avec des professionnels qui seront incités à s'organiser.

- Réseau existant désirant poursuivre avec une spécificité " alcool " ou " toxicomanie" et fonctionnant de façon harmonieuse répondant à des besoins de la population. Il n'est pas souhaitable dans ce cas d'imposer un rapprochement ou un élargissement obligatoire à toutes les addictions. Cependant, le chef de projet ou la DDASS devront veiller à la cohérence des actions départementales et à une répartition adaptée des financements publics, en évitant en particulier une concurrence préjudiciable.

- Réseau addictions : sa création fait suite à une évaluation des besoins de la population et à une demande des professionnels en place, souvent déjà organisés en réseau. Cette mise en place doit correspondre aux orientations départementales et régionales et ne pas se concevoir au détriment de structures fonctionnant efficacement sur le même secteur. La réunion de médecins généralistes intéressés par les addictions, auxquels s'associent l'hôpital et les centres spécialisés locaux, est la base de ce type de réseau et le financement FAQSV y est opérant.

- Réseau polyvalent plurithématique, intégrant les addictions dans ses actions.

Si, au début en particulier, le réseau organise simplement des réunions, la DDASS ou le Chef de Projet peuvent accorder un budget de fonctionnement initial de démarrage.

Si une coordination active est organisée, impliquant des liens rapprochés avec le secteur social, les CSAPA, l'hôpital, un mi-temps de coordinateur salarié est à prévoir. Les circulaires déjà existantes doivent être appliquées et ce mi-temps peut être financé par la DGS ou la DHOS. Le FAQSV et les derniers textes parus en 2002 offrent aussi une possibilité de financement.

Trois difficultés sont à reconnaître: maintenir l'action dans le temps, acquérir une compétence administrative pour l'élaboration et le suivi du dossier, effectuer une évaluation.

L'administration doit:

- confirmer l'existant,
- rationaliser le versement des subventions (délais, pérennité...)
- promouvoir et financer une évaluation externe, en accord avec les réseaux (pour des budgets modestes, une évaluation est possible par la DDASS en lien avec le cahier des charges de la circulaire du 25/11/99).
- recevoir un rapport tous les ans, notant le nombre de professionnels concernés, la file active, le type de substances psychoactives prises en charge, les modes de réponses, nombre et thème des réunions.
- faciliter l'accès aux dossiers FAQSV ou ARH/URCAM
- assurer des liens effectifs entre les structures de l'administration en charge des réseaux pour déterminer des actions cohérentes au niveau local
- proposer aux professionnels une réponse administrative unifiée

## **Annexe 5 : Ingénierie des réseaux**

Introduction (P. Poloméni)

Les soignants des réseaux doivent concevoir un cahier des charges ou des protocoles, pour répondre aux situations suivantes:

-si le soignant rencontre spontanément (en consultation) un usager de substances psychoactives (un toxicomane en demande de Subutex®, de sevrage, d'autre soins; un usager excessif d'alcool ou un alcoolodépendant désirant des soins ou un sevrage; une personne dépendant du tabac nécessitant des substituts et/ou une aide psychologique....), il doit pouvoir proposer:

- 1-une information brève sur le produit principalement utilisé et les autres psychotropes.
- 2 -des réponses précises aux questions portées par l'usager
- 3 -une évaluation des comorbidités
- 4 -une réponse thérapeutique médico-psycho-sociale adaptée
- 5 -une orientation selon les besoins par un coordinateur, ou systématiquement dans le cadre d'une procédure locale.

En relais, le coordinateur ou directement le centre spécialisé, assurent un retour régulier d'informations, et la prise en compte des produits associés et des comorbidités

Les soignants du réseau ont aussi une «action repérage et prévention». La cible est limitée aux patients et/ou à leurs familles, ou peut être large pour tout public, sur un quartier, une ville, pendant une période courte ou sur une longue durée. Ce travail doit être rémunéré.

C'est au coordinateur du réseau de faire le lien entre les membres du réseau, en se déplaçant en particulier au cabinet du MG

Le réseau pourra mettre en place un dossier (éventuellement informatisé) commun, une gestion de documentation, des questionnaires de suivi et d'évaluation, des réunions de formation ou de travail personnel.

**Création et développement d'un Réseau : Réflexions.** Source : Ingénierie des Réseaux. Fédération Régionale PACA, CNR, DGS.

**La conception d'un réseau, la conviction partagée, le besoin.**

**Qui désire créer un réseau et pourquoi ?** Plusieurs personnes, professionnels de terrain ou patients, pour mieux répondre à un problème rencontré, menés par un leader ayant légitimité à le faire auprès des acteurs de terrain et des patients, et décidé à s'y engager contre vents et marées pendant plusieurs années si nécessaire. La participation de l'Administration, d'une structure privée ou de la sécurité sociale devrait aplanir ce chemin. Les besoins de la population sont la base du réseau. La création d'un réseau de santé trouve sa source dans la conviction partagée par plusieurs personnes qu'il existe un problème de santé auquel une solution doit être apportée.

Dans tous les cas, le réseau a pour objet de répondre à un besoin de santé concret qui concerne plusieurs compétences professionnelles. Le besoin peut alors être défini comme ce qui sépare les objectifs en cours de la réalité. Il s'agira de la constatation d'une carence, d'un problème, d'un dysfonctionnement, d'un manque, d'un décalage, d'une difficulté dans le fonctionnement d'une partie du système de soins actuel. Ce besoin peut être d'ordre médical, social, économique ou structurel. Il peut être aussi ressenti comme un déséquilibre du système. Se créera à partir de là une tendance à la recherche de la résolution de ce problème ou de rééquilibrer le système. A ce niveau, il faut faire deux remarques :

- Ce besoin est vécu par certains intervenants plutôt que pensé, éprouvé avant d'être conçu.

➤ **Tout réseau part de la constatation d'un nouveau besoin de santé qui concerne plusieurs compétences.**

➤ **Ce besoin doit être ressenti par un individu ou un ensemble de personnes initiatrices et fonctionnant en synergie.**

Elles peuvent toutes être issues d'un même milieu professionnel (par exemple, un groupe de MG, un hôpital) ou de milieux socio-professionnels divers (une AS, un MG, un volontaire d'association). Il est intéressant de constater qu'il ne s'agit pas d'acteurs de type classique mais que ces « porteurs » ont un système d'action basé sur des « multi-trajectoires » personnelles alliant des volets sociaux, militants, professionnels. Ils mettent leurs ressources personnelles à la disposition de l'action et ces ressources dépassent largement leur cadre de compétence ou de capacité initiales. Il s'agit de capacité personnelle à s'insérer dans une trajectoire au début par un simple carnet d'adresse (réseau « naturel »), puis par un réseau d'adressage et enfin par la constitution d'un véritable réseau coordonné. Ces acteurs-porteurs ont appris la transversalité, la multi-appartenance et vont devenir les initiateurs puis constituer les nœuds du réseau. Ils doivent cependant avant tout effectuer entre eux un échange de réflexions autour du concept de réseau afin de partir de la même définition. La multiplicité des définitions et des types de réseaux impose ce préalable de façon à ce que la coordination du réseau et les futures interactions avec d'autres partenaires du champ sanitaire et social ne pâtissent pas de cette inadéquation initiale.

➤ **Les partenaires initiateurs doivent s'accorder sur le type de réseau**

Ils vont avoir pour rôle de vérifier si le besoin ressenti correspond à la réalité, si des solutions ont déjà été apportées localement, si des solutions ont déjà été apportées ailleurs. Ils vont donc s'organiser en collectif décisionnel, centre décisionnel de type réticulaire. Ils sont indispensables à la création d'un réseau efficace et pour se donner des objectifs communs.

➤ **Pour cela, il est conseillé de formaliser un contrat d'objectifs.**

Un tel contrat est « fortement souhaité » entre les partenaires impliqués dans le réseau.

**La mise en forme du réseau :**

➤ **Passer de la conviction spontanée à la formalisation objective du problème**

Cette démarche se traduit par :

- La définition du territoire ou bassin géographique.
- L'identification des indicateurs qui matérialisent les problèmes : documentation et épidémiologie.

- La formalisation des solutions envisageables pour traiter le problème : étude bibliographique.
- La recherche d'informations permettant de vérifier qu'aucune solution pertinente n'a déjà été mise en œuvre sur le territoire concerné : les autres projets sur site.

➤ **Les initiateurs vont avoir pour rôle de repérer l'existant.**

C'est dans la communication que peuvent se mettre en place les nouveaux systèmes stratégiques. Il va s'agir de mobiliser des acteurs (hôpitaux, autres MG, volontaires, professionnels) afin de faire partager le sentiment initial du besoin.

➤ **La décision de constituer un réseau ne sera valable que s'il y a mobilisation.**

Mais cette communication doit aussi être négociation, car le sentiment initial du besoin peut ne pas être partagé par tous. Certains intervenants peuvent même se sentir en danger devant cette nouvelle organisation. Les porteurs, les initiateurs doivent donc être capables d'évaluer les besoins mais aussi les effets de mobilisation que ces besoins nécessitent.

➤ **Les initiateurs doivent soigner leur communication.**

### **La recherche de financements**

Les initiateurs du réseau doivent connaître les coûts et établir des programmes de financement. Ils pourront se faire aider si besoin par des gestionnaires. A partir de ces programmes, ils devront rechercher des financements et négocier avec des financeurs possibles. Dans ce domaine également, il serait bon qu'ils se fassent conseiller en termes de communication et/ou de négociation.

*Le conseil à donner :*

➤ **La transparence doit être établie dès le début.**

Il est important que les bénéfices produits par le réseau soient clairement définies dès le départ.

- Choisir le régime juridique qui répond au mieux aux besoins de financement,
- Se doter d'un « comité de vigilance » intégrant tous les partenaires,
- Clarifier les missions de chacun et éventuellement « sous-traiter » les fonctions sans valeur ajoutée pour les adhérents,
- Raisonner en coût complet intégrant la mesure des résultats,

➤ **S'obliger à transmettre régulièrement des informations auprès des financeurs.**

### **Le régime juridique**

Un certain nombre d'écueils restent à éviter dans le choix et l'organisation du système juridique porteur du projet.

Il semble donc complexe aux intervenants de ville, partant d'un « regroupement de médecins généralistes » d'être aussi « accessibles à l'ensemble des professionnels des champs sanitaire et social », de pouvoir se trouver porteurs d'une subvention sans avoir à envisager « la création d'une nouvelle structure », distincte de la structure hospitalière et susceptible de recevoir ce financement.

Par ailleurs, au-delà du simple montage du projet, l'exploitation future du réseau doit envisager des financements multiples, ce qui, là aussi, laisse envisager une structure juridique autonome et souple.

➤ **Une association type « loi 1901 » est la structure la plus favorable à l'émergence d'un réseau.**

Le bureau de l'association doit être constitué d'individus ou/et de personnes morales issues des différentes instances partenaires du réseau.

Il est rappelé que les fonctions de membres du bureau, comme celles de membres du conseil d'administration sont bénévoles. Cela découle du caractère essentiellement désintéressé que doit avoir toute association. Il est cependant autorisé que les membres du bureau se fassent rembourser les frais qu'ils ont engagés pour les besoins de leur charge : déplacements, correspondance etc..

Ainsi, afin que chacun des intervenants puisse se reconnaître dans le réseau, d'éviter des « prises de pouvoir » souvent citées,

➤ **Il paraît important que l'association type « loi 1901 » fonctionne avec un comité consultatif,**

appelé parfois comité de vigilance, comité d'éthique, comité de pilotage. Ce comité, formé de représentants des usagers, des professionnels et des financeurs auxquels il est possible d'associer des experts (communication, finances, gestion, technique etc.) doit être indépendant. Son rôle doit être de participer à la prise de décision quant aux orientations du réseau, aux plans de formation, aux contrats d'objectifs, aux évaluations et aux décisions financières.

Les professionnels intervenant dans le cadre de structures organisées pourront y être représentés sans déroger à leur statut administratif.

Cette démarche a pour objet de valider le projet de création d'un réseau de santé sous son triple aspect :

1. la valeur d'usage apportée au patient sous forme d'une amélioration de la qualité du traitement,

2. la valeur ajoutée en termes de compétence professionnelle pour les adhérents,
3. l'estimation de l'efficacité économique de la mise en œuvre du projet.

Cette triple validation fournit la matière du réseau. Pour réussir une bonne implantation, il faut donc :

- **Connaître le tissu associatif, professionnel et politique local pour éviter les erreurs grossières, les inimitiés reconnues et les conflits de personnes ;**
- **Faire un travail préparatoire : la création d'un réseau empiète souvent sur le territoire d'associations préexistantes ;**
- **Avoir des objectifs clairement individualisés et être ouverts à la participation ;**
- **Savoir faire une bonne promotion de ses projets.**

L'adhésion volontaire de plusieurs acteurs autour d'actions visant à rendre un service de santé publique constitue l'originalité d'un réseau de santé.

Ces actions peuvent se situer sur différents plans : privilégier en priorité une prise en charge de qualité des patients tout au long d'une filière pathologique par exemple ou contribuer au développement de compétences professionnelles dont le patient sera le bénéficiaire final.

Les acteurs ont des compétences différentes et complémentaires pour répondre au problème posé dans sa globalité. L'énumération de ces acteurs faite dans le compte rendu de la première réunion doit être complétée par les éducateurs, les institutions et les patients eux-mêmes.

*Le conseil à donner :*

- **Passer des bonnes intentions à la charte du réseau**

La charte, ou le **contrat de partenariat**, clarifie la mission du réseau, les résultats à atteindre et la contribution de chacun des acteurs au bon fonctionnement du réseau. Chacun, personnellement et au nom de son institution, saura ainsi ce sur quoi il s'engage, ce qui est attendu de lui en termes de compétences professionnelles et en termes de disponibilité pour assurer le fonctionnement structurel du réseau.

### **Le fonctionnement**

Faire vivre le réseau, c'est en assurer le fonctionnement au quotidien et créer les conditions de son évolution.

Le réseau de santé représente le point de rencontre entre trois grands types de partenaires :

Les usagers et les patients,  
Les professionnels de la santé et du secteur social,  
Les financeurs.

Sa justification provient du fait que l'intervention d'un seul spécialiste ne résout pas le problème du patient.

Sa vitalité est conditionnée par la qualité des relations qui existent entre les différents partenaires et par l'efficacité des relations entre les professionnels.

### **Les relations entre professionnels**

Les réseaux semblent basés sur la coopération et non sur la compétition. Ils reposent sur une logique de complémentarité et de synergie des pratiques professionnelles, dépassant les logiques institutionnelles et sectorielles. Leur mode d'organisation de travail repose sur le partenariat et leur mode de fonctionnement apparaît comme non hiérarchisé, avec le risque permanent du manque de direction opérationnelle.

L'angoisse de la hiérarchie est omniprésente dans les réunions de réseaux. Elle se traduit par la dénonciation de l'hospitalo-centrisme par les médecins du secteur ambulatoire ou du médico-centrisme par les autres intervenants (assistantes sociales, infirmiers, travailleurs sociaux, volontaires etc.). Les racines de cette crainte semblent venir de tentatives précédentes de prise de pouvoir des médecins généralistes sur les paramédicaux et les travailleurs sociaux, des spécialistes et des hospitaliers sur les médecins généralistes, des administratifs sur les techniciens, des techniciens sur les administratifs issus des structurations du secteur sanitaire français d'après-guerre.

Le mode de fonctionnement en réseau paraît aplanir ces difficultés dans le secteur indépendant, mais laisse cohabiter le système hiérarchique dans le système hospitalier.

Ainsi la crainte réelle de la « prise du pouvoir » par une des composantes du réseau justifie l'impératif de formaliser et de faire reconnaître les spécificités des pratiques de chaque composante.

Ce jeu des rivalités et des solidarités doit trouver sa limite là où commence l'intérêt collectif c'est-à-dire **l'intérêt des usagers**.

*Le conseil à donner :*

**Faire signer des conventions partenariales.**

La charte représente à la fois l'âme du réseau et le socle de ses règles et principes de fonctionnement.

*La formation*

Mettre en place des modes, des programmes, des financements et des calendriers de formation.

### *L'éthique*

➤ Intégrer les notions relevant de l'éthique dans les chartes partenariales.

### *La coordination*

Les relations entre les professionnels se situent à deux niveaux :

-La coordination centrée sur le patient. Elle fait la qualité du traitement global et réduit les coûts globaux.

-La coordination centrée sur la structure. Elle permet aux professionnels de dialoguer, de s'informer, de se former. C'est la coordination investissement.

Le pilotage de cette double coordination peut être assuré par une ou plusieurs personnes selon les disponibilités de temps des acteurs, le type de pathologie et la taille du réseau.

La définition du poste de coordinateur est difficile. Le coordinateur est garant du fonctionnement. Il doit évaluer le système, coordonner les professionnels, coordonner les intervenants, coordonner la formation et l'information.

➤ Le coordinateur doit avoir un bon sens du relationnel et doit être capable de suivre chaque étape de la prise en charge.

Quelle que soit sa formation initiale, le coordinateur doit se faire assister par des « experts » pour certains points techniques : assistance sociale, médecin, psychologues, auxiliaires de justice etc.....

➤ Il semble plus que l'on doive plus s'orienter vers un pôle de coordination que vers un poste de coordinateur.

Le pôle se fixe un certain nombre de principes directeurs qui conditionnent ses modalités de fonctionnement : qualité, accessibilité, très bonne connaissance des acteurs, équité et adéquation aux besoins dans la sollicitation des correspondants du réseau.

Ce pôle a pour mission de :

Gérer le système d'information ; Gérer les interventions ; Organiser la communication entre les membres du réseau.

La coordination est centrée autour de la personne. Dans ce dessein, elle utilise un outil de travail commun à l'ensemble des participants : le carnet de liaison, qui vient compléter le carnet de santé.

Le pôle de coordination n'a pas vocation à supplanter les services et structures existants mais simplement à coordonner leur intervention dans l'intérêt du patient.

Dans tous les cas :

Le temps que représentent ces deux formes de pilotage doit être évalué clairement afin que le(s) coordonnateur(s) puisse(nt) prendre un engagement réel vis-à-vis du réseau auquel il(s) apparten(nen)t. Cette évaluation clarifie la prise en compte des coûts de coordination en temps. Si elle correspond à du bénévolat, le financement sera assuré par une ligne « bénévolat » équivalente en montant.

Il doit exister une instance décisionnelle qui assure aussi les relations avec l'extérieur. Celle-ci peut être une personne ou une structure de type association.

Il est préférable de définir soigneusement les rôles à remplir au sein du réseau et mettre en évidence leurs complémentarités. Un initiateur motivé n'est pas nécessairement un organisateur performant de circuits d'information, un médecin spécialisé n'a pas nécessairement envie d'être le coordonnateur du traitement global. La définition de ces rôles met en évidence la qualité de l'équipe, facilite l'intégration de nouveaux, éclaire les pouvoirs et les devoirs de chacun. En bref, elle est le signe tangible de la reconnaissance qui est portée à chaque adhérent.

Le suivi et l'évaluation

Se faire aider d'évaluateurs externes agréés

Prendre en compte les coûts d'évaluation dans les budgets de fonctionnement.

Concrètement, le réseau se dotera d'une batterie d'indicateurs multicritères afin de répondre dans leur langage aux différents partenaires.

Professionaliser le pilotage d'une équipe

Les objets de l'évaluation : Prévoir d'évaluer clairement :

La qualité des soins et de la prise en charge de l'utilisateur

Le fonctionnement du réseau

Les impacts financiers.

Les professionnels attendent les financements nécessaires pour traiter dans les meilleures conditions les problèmes des usagers. En contrepartie, les financeurs demandent que des comptes leur soient rendus sur l'utilisation des financements. Les professionnels de la santé et du domaine social sont les seuls à assurer une relation continue avec les deux autres partenaires. Ils jouent donc un rôle central.

A ce titre, le pilotage du réseau va devoir intégrer deux nouvelles fonctions :

Garantir dans le temps que la mission du réseau est conforme à ses actions.

Etablir des relations constructives avec les financeurs.