



# LES DOSSIERS CROIX-MARINE

## ■ LE RÉSEAU : Diversité des expériences



PARIS, 30 MAI 2006



# SOMMAIRE

	PAGES
<b><u>OUVERTURE</u></b> , Bernard DURAND.....	1
<b><u>EXPOSÉ</u></b> ■ <b>LES RÉSEAUX DE SANTÉ : 20 ANS D'HISTOIRE ENTRE PRATIQUES INNOVANTES ET INSTITUTIONNALISATION</b> , Bernard ELGHOZI.....	3
<b><u>EXPOSÉ</u></b> ■ <b>RÉHPI : PARCOURS COORDONNÉ AUTOUR DU HANDICAP PSYCHIQUE</b> , Mireille ARNAUD.....	5
<b><u>EXPOSÉ</u></b> ■ <b>PROBLÉMATIQUES DE L'ACCÈS AU SOIN DES POPULATIONS PRÉCARISÉES</b> , Bruno REGNAULT.....	8
<b><u>EXPOSÉ</u></b> ■ <b>RÉSEAU AUTOUR DE L'AUTISME : INTÉRÊT ET DANGERS D'UN CENTRE RESSOURCE</b> , Charles AUSSILLOUX.....	11
<b><u>EXPOSÉ</u></b> ■ <b>DU PARTENARIAT À LA COORDINATION DES SOINS AUX PATIENTS PRÉSENTANT DES CONDUITES ADDICTIVES ET À LEURS FAMILLES EN LOIR-ET-CHER</b> , Anne-Marie BRIEUDE.....	17
<b><u>EXPOSÉ</u></b> ■ <b>CONTINUITÉ DES SOINS ET PARTICIPATION À UN RÉSEAU ADOLESCENTS : L'EXPÉRIENCE DE L'ASSOCIATION LA NOUVELLE FORGE (60)</b> , Jean-Marc GUILÉ.....	19
<b><u>SYNTHÈSE</u></b> ■ <b>LA PATIENCE D'ARACHNÉ</b> Patrick ALARY.....	23

# ARGUMENT

## LE RÉSEAU : diversité des expériences

La prise en charge en réseau vise à l'insertion du patient en assurant un suivi global de la personne.

Si l'on suit le Robert, il s'agit donc bien de « concerner un ensemble de professionnels, de personnes et d'associations qui desservent et vivent au sein d'une même unité géographique, répartis dans une organisation en différents points, obéissant de manière claire aux mêmes objectifs, reliés entre eux par un système de communications ». « Les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité » précise la Circulaire du 25 novembre 1999. Au Conseil Général de l'Isère, en 2000, on considérait que « le réseau suppose une coopération d'individus provenant d'horizons très divers, se rattachant à des statuts différents mais qui concourent au même but ». Ces textes concourent à promouvoir un travail plus souple, plus humain, plus adaptatif, visant à maintenir la personne dans son environnement, ses repères, et à favoriser la complémentarité entre le médical et le social. Cette volonté était déjà exprimée dans la circulaire du 14 mars 1990 sur la politique de secteur : « La vraie adaptation peut être définie comme l'ensemble des soins spécifiques s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curative, une insertion ou une réinsertion sociale professionnelle suffisante apparaît comme problématique, mais pour lesquels on peut espérer une évolution positive à moyen terme afin qu'ils participent de façon libre, spontanée, responsable à toutes les formes de la vie sociale ». Depuis, nombre d'expériences se sont mises en place, formalisées ou non. Car, en dernier ressort, ce sont d'abord les hommes et leur volonté de travailler ensemble qui fondent les réseaux.

Dès l'origine, les réseaux s'appuient sur un trépied : volontariat, professionnalisme et technicité mutualisés, transparence. Est-ce suffisant aujourd'hui ? Les réseaux qui se sont mis en place répondent-ils au vœu de H. Laborit qui considérait qu'« un malade traîne avec lui non seulement son environnement social immédiat mais aussi tout son apprentissage existentiel inconscient, tous ses jugements de valeur, ses préjugés... Il fait sa maladie avec tout cela, parce que c'est avec tout cela qu'il négocie avec son environnement d'une façon efficace ou non... On sera obligé d'en venir à l'interdisciplinarité qui doit se faire dans l'esprit de tous, pas en réunissant dans un laboratoire des spécialistes de domaines différents » ?

La confrontation d'expériences variées dans ce domaine doit nous ouvrir à l'élaboration des réseaux de demain.

## OUVERTURE

**BERNARD DURAND**  
Psychiatre  
Président de la  
F.A.S.M. Croix-Marine  
Paris

La Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine est heureuse de vous accueillir à l'occasion de cette journée consacrée au travail en réseau. Celle-ci s'inscrit dans un cycle sur le handicap psychique qui s'est imposé à nous après la publication du Plan Psychiatrie et Santé Mentale et de la Loi du 11 février 2005 pour « *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ». Contrairement à ce qui est souvent dit, cette loi n'utilise pas le terme de "handicap psychique", mais elle reconnaît que l'on peut être en situation de handicap, c'est-à-dire confronté à une « *limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société* » pour d'autres raisons que des causes sensorielles ou physiques et elle a précisé en particulier que ce handicap pouvait être en lien avec « *une affection psychique* ».

Cette loi nous invite à travailler sur cette dimension du handicap car elle ouvre des perspectives nouvelles dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale qui devraient nous mobiliser : un exemple en est fourni par la mise en place des Groupes d'Entraide Mutuelle (G.E.M.) qui constituent une avancée importante et intéressante.

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale s'inscrit dans le même esprit et il faut souligner que pour la première fois un texte concernant la santé mentale a été signé par les trois directions du Ministère. Il y a vingt ans encore, nous avions l'habitude de voir des textes de la Direction Générale de la Santé, parfois forts intéressants, contredits parallèlement par des textes issus de la Direction Générale de l'Action Sociale ou de la Direction des Hôpitaux qui n'incluaient pas encore l'Organisation des soins (aujourd'hui, il s'agit de la D.H.O.S.). Or, avec le Plan Psychiatrie et Santé Mentale nous avons pour la première fois une politique qui, certes, manque encore de moyens, nous le savons bien, mais qui a une certaine cohérence et qui engage les trois directions du Ministère, y compris la Direction Générale de l'Action Sociale qui gère le secteur médico-social.

Aussi devant ces nouvelles données, il nous a semblé important que nous réfléchissions sur cette notion de "handicap psychique", ou du handicap pour des raisons d'ordre psychique et nous avons donc organisé ce cycle de formation. Celui-ci a commencé à Lyon avec les pratiques de l'accompagnement et s'achèvera à l'automne à Limoges sur la réinsertion au travail.

Mon propos sera très bref, car je voulais juste situer cette journée dans cette problématique d'une plus grande ouverture à la dimension du handicap. Il nous faut accepter la complexité des choses et éviter de contribuer au clivage trop souvent existant encore entre la dimension des soins et le travail social. Les Groupes d'Entraide Mutuelle en donnent un bon exemple : ils sont financés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie car leur finalité est d'être un lieu de socialisation, hors du champ du soin, mais il est en même temps nécessaire, c'est même écrit dans la circulaire du 29 août 2005, qu'ils soient articulés avec les équipes soignantes.

Cela oblige les soignants, qui sont majoritaires au sein de la Fédération Croix-Marine, à développer les liens avec tout le champ social et médico-social. Mais, dans le même mouvement, il faut que les professionnels du secteur médico-social se sentent aussi chez eux au sein de notre fédération, comme certains s'y sont déjà engagés. Le travail en réseau implique cette complémentarité et ce métissage de culture.

Mais, je ne vais pas parler ici du réseau et laisser à Bernard ELGHOZI, notre premier intervenant, le soin d'expliquer ce que c'est. Il est certain que ce terme est souvent un mot valise et qu'on a souvent entendu des professionnels dire : « Le réseau ! Mais avec le secteur, on a toujours fait du réseau ! ». Or, ce n'est pas tout à fait vrai dans la mesure où le secteur était très souvent autocentré sur son propre dispositif. Certes les professionnels allaient volontiers dans la communauté, mais le modèle était quand même centré sur l'équipe de santé mentale, alors que dans le réseau, il s'agit de se décentrer et d'accepter qu'il n'y ait personne au centre.

## LE RÉSEAU : DIVERSITÉ DES EXPÉRIENCES

C'est toute la logique du réseau sur laquelle nous allons travailler aujourd'hui. Récemment, l'I.G.A.S. a publié un rapport sur les réseaux : ce rapport est à la fois très critique, en montrant que les réseaux dont certains ont relativement coûté cher, n'ont pas produit les effets qu'on en attendait ; en même temps, il affirme de nouveau la nécessité de développer les pratiques de réseau et ajoute qu'elles sont une voie d'avenir pour l'organisation de la santé et l'articulation avec le médico-social.

Je laisse donc la parole à Bernard ELGHOZI qui va nous parler de l'histoire des réseaux. En quoi, les

réseaux ont-ils été innovants et comment se sont-ils institutionnalisés ? Où en est-on aujourd'hui, après les avancées provoquées par la problématique du sida qui a fortement contribué au développement de réseaux, quand les professionnels concernés ont constaté que l'hôpital ne pouvait pas répondre à tout ?

Nous savons bien également, dans notre domaine, combien il est nécessaire de travailler plus étroitement avec d'autres professionnels extérieurs à notre champ.

# LES RÉSEAUX DE SANTÉ : 20 ANS D'HISTOIRE ENTRE PRATIQUES INNOVANTES ET INSTITUTIONNALISATION

## UN PEU D'HISTOIRE

Il est possible de distinguer trois périodes, intriquées entre elles dans le temps :

### 1) 1985/1998 : « le temps des pionniers »

Les réseaux sont souvent informels, s'appuyant sur une analyse partagée entre quelques médecins généralistes et acteurs hospitaliers, le bénévolat, la convergence de volonté de construire ensemble des réponses.

Le réseau émerge alors à partir du constat de réponses institutionnelles absentes ou insuffisantes pour la prise en charge du VIH ou de certains de ses déterminants : personnes homosexuelles, usagers de drogue, ou précarité sociale.

### 2) 1991/1999 : « début d'une reconnaissance »

Premières circulaires, qui reconnaissent, formalisent et ouvrent les possibilités d'un financement pour les réseaux pour commencer les réseaux VIH.

4 juin 1991 : circulaire « Gabriel BEZ/Bruno DURIEUX » sur la prise en charge commune entre la Ville et l'Hôpital des personnes vivant avec le VIH/Sida.

1995 : premier congrès de la Coordination Nationale des Réseaux (CNR).

1999 : inscription du financement des Réseaux dans la Loi de financement de la Sécurité Sociale, et création du FASQV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville).

### 3) 2000/2005 : Institutionnalisation des Réseaux

Financements par le FASQV : il s'agit d'expérimenter le modèle Réseau.

La Loi du 4 mars 2002 a créé la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR), dont l'enveloppe est croissante de façon rapide et importante : de 24 millions d'euros à 165 millions d'euros en 2005.

Les réseaux sont alors sortis des phases expérimentales, et s'installent dans le paysage de l'organisation du système de santé en même temps que l'on parle de « réseaux de santé » (Loi du 4 mars 2002) et non plus de « réseaux de soins ».

## POURQUOI LES RÉSEAUX ?

Il s'agit d'une réponse transversale visant à organiser et coordonner tant les acteurs que l'offre de soins.

Il s'agit en particulier de concilier le droit commun avec une réponse pratique aux besoins des personnes en situation de vulnérabilité, en risque de retard à l'accès à la prévention et aux soins et en risque de discriminations.

Le Réseau est alors une réponse (parmi d'autres) visant à permettre aux professionnels de construire et proposer des pratiques coopératives sanitaires et sociales entre « le dedans » (intra hospitalier) et le « dehors » (extra hospitalier).

Il s'agit aussi de dépasser la seule réponse « bio médicale » aux problèmes de santé et de la remplacer par une approche globale intégrant le contexte psychologique et personnel, et décloisonnant le sanitaire et le social.

## ESSAI DE DÉFINITION

Le Réseau de santé est un mode d'organisation des relations entre intervenants/opérateurs, décideurs institutionnels (financeurs/politiques) et usagers/malades/citoyens.

Un réseau de santé est :

1. opérateur en santé (soins, prévention, promotion de la santé, information des usagers, santé publique de proximité, santé communautaire...),
2. coordinateur, organisateur (structure les acteurs et les actions, facilite la circulation de l'information...),
3. garant de la démarche qualité (formation, accompagnement des acteurs, analyse/évaluation des pratiques, évaluation...).

## QUELLE ÉVOLUTION POUR LES RÉSEAUX AUJOURD'HUI ?

L'organisation en réseaux de santé est aujourd'hui incontournable de la prise en charge interdisciplinaire entre la Ville et l'Hôpital des malades atteints de pathologies chroniques. Les réseaux VIH qui, avec les réseaux d'accès aux soins, ont été les premiers à mettre en œuvre ce mode d'organisation, n'en sont paradoxalement plus aujourd'hui les principaux acteurs. Il est paradoxal de constater que la lourdeur

**BERNARD ELGHOZI**  
*Médecin*  
*Coordinateur du réseau de santé de Créteil*  
*Vice-président de la Coordination Nationale des Réseaux Créteil*

## LE RÉSEAU : DIVERSITÉ DES EXPÉRIENCES

de l'investissement formatif représenté par le VIH d'une part, la multiplication des réseaux dans lesquels sont impliqués, d'autre part, les professionnels de ville, ont fait considérer que le VIH n'est plus nécessairement une priorité. Il reste néanmoins un nombre important de réseaux VIH fonctionnant efficacement et accueillant des patients. Cette structuration reste d'autant plus nécessaire qu'une part importante des patients concernés est en situation de grande difficulté sociale et gagne à être insérée dans un dispositif de soins coordonnés.

Tout patient porteur de maladie chronique dans laquelle l'approche sociale est indissociable de la réponse médicale doit impérativement disposer de l'aide et de l'accompagnement coordonné entre différents professionnels de santé en ville, au centre desquels le médecin généraliste est un des éléments essentiels.

L'implication personnelle de chaque professionnel doit pouvoir être variable, adaptée au niveau de la motivation personnelle, des pratiques individuelles.

**Il faut favoriser et faciliter les contacts entre généraliste et spécialiste hospitalier** à des moments clefs de la prise en charge des personnes (aux moments de fragilité de la personne). Le principe d'un suivi alterné en binôme MG/Hospitalier devra être développé. Cette forme de pratique coopérative trouve sa place naturelle au sein d'un réseau de santé.

**Un suivi prolongé exclusif en médecine de ville** doit pouvoir être proposé aux patients et réalisé, dès lors que la situation de la personne est stabilisée au plan de la maladie et dès lors enfin que le contact avec l'hôpital puisse être facile et rapide en cas de survenue d'apparition de nouveaux événements, ou de complications liées à la pathologie ou aux effets secondaires des traitements.

### **Les relations avec les associations de patients**

L'organisation des soins entre la ville et l'hôpital ne peut se faire sans la collaboration des patients, et notamment des associations de patients.

Les associations de patients doivent systématiquement être associées à la création et à l'organisation des réseaux de santé notamment dans le domaine du VIH, du cancer et/ou de la santé mentale.

À l'intérieur des Réseaux, les professionnels de ville et les patients doivent étroitement collaborer afin de formaliser le « pôle Ville » pour participer à la structuration du suivi des patients entre la ville et l'hôpital.

### **QUELQUES PISTES POUR L'AVENIR**

- Les réseaux devraient s'orienter vers une organisation plurithématique (plusieurs domaines pathologiques ou problèmes de santé publique d'intervention plutôt qu'un seul), permettant ainsi aux professionnels qui en sont membres de ne pas être écartelés entre les différents réseaux auxquels ils appartiennent.
- À l'intérieur de ces réseaux territoriaux de santé, la prise en charge de plusieurs problèmes de santé publique doit pouvoir s'articuler dans la complémentarité (VIH/VHC, accès aux soins, cancer, santé mentale, addictions...) en fonction des compétences et des histoires locales.
- Il faut que soient rapidement définis les champs des rémunérations spécifiques offertes par les réseaux (dans le cadre de conventions avec la DRDR) dans le domaine de pratiques non reconnues aujourd'hui par la nomenclature. Ces prestations pourraient s'orienter autant vers la reconnaissance de prestations techniques que psychologiques, nutritionnelles (modalités de prise en charge des consultations de psychologue, de nutrition) ou sociales (accès aux soins). ❧