

Quelles informations sur les réseaux formels et informels en santé ?

Résumé. Une part de l'efficacité des soins de généraliste en France repose sur un fonctionnement en réseau dans le système de santé. Ces réseaux, informels, existent toujours et sont parfois complétés par des réseaux institutionnels. Deux études seulement, d'Aline Sarradon-Eck et de Sibel Bilal, ont porté sur ces réseaux informels et sont présentées ici. Ces études devraient être reprises et développées pour mieux connaître les conditions favorables à l'activité des médecins et pour améliorer l'efficacité des réseaux institutionnels de santé.

* * * * *

L'un des éléments essentiels de la qualité des soins de médecins, et plus particulièrement d'omnipraticiens, en France, tient à l'environnement médical auquel ces praticiens peuvent faire appel pour soigner leurs patients ; c'est pourquoi les pouvoirs publics cherchent à développer, depuis quelques années, différents types de réseaux, autour d'une maladie, d'une zone géographique ou d'une catégorie de population (personnes âgées, personnes démunies, ...).

Une certaine confusion a parfois régné sur les définitions et les contours de ces réseaux (filiales et réseaux de soins médicaux, médico-sociaux, sociaux (Cf. annexes 1 à 4). Nous appelons **réseaux institutionnels** les réseaux créés dans le cadre de la loi et financés par les pouvoirs publics.

Dans leur activité quotidienne de soins, qu'ils appartiennent ou non à des réseaux institutionnels de soins médicaux, les généralistes envoient leurs patients vers les différents secteurs de soins (hôpitaux, spécialistes de différentes spécialités, laboratoires d'analyse médicale, kinésithérapeutes, infirmières,...) ; ils les envoient dans le cadre des réseaux institutionnels lorsque c'est possible, en dehors de ces réseaux autrement. Dans un grand nombre de cas, ils ont avec ces correspondants une relation épistolaire, voire téléphonique⁴ ; si on tient compte de ces relations plus ou moins suivies des généralistes avec les personnels soignants, on peut dire qu'existent déjà actuellement des **réseaux informels** de soins entre les soignants. Ces réseaux informels sont évoqués par quelques textes produits par des promoteurs (candidats à la création) de réseaux institutionnels⁵, mais n'ont quasiment pas, à notre connaissance, donné lieu à des recherches.

¹ ARgSES, 34 Avenue de la République, 92 340 Bourg-la-Reine, mizrahi@cnam.fr – <http://argses.free.fr/>

² Directeur de recherche honoraire à l'IRDES, ancien directeur adjoint du CREDOC

³ Directeur de recherche honoraire au CNRS, ancien directeur du CREDES

⁴ Ils peuvent aussi avoir des relations personnelles, pour avoir fait des stages dans les services mêmes hospitaliers, avoir fréquenté les mêmes bancs universitaires, les mêmes cours ou cycles de formation continue, appartenir aux mêmes syndicats, ...

L'analyse de ces réseaux informels peut aider à comprendre certains éléments de l'efficacité de la médecine française ; surtout, elle pourrait rendre plus efficace l'organisation des réseaux institutionnels, s'appuyant sur des relations s'étant installées ou se développant « naturellement ». C'est pourquoi il peut paraître surprenant que la mise en œuvre des réseaux institutionnels se soit faite sans étude préalable, ou même simultanée, de ces réseaux informels (adressage des patients, échanges d'information, prescription,...).

Nous avons néanmoins connaissance de deux très intéressantes études explorant ce domaine, dont on peut regretter qu'elles n'aient pas eu un écho plus important :

* Une étude sociologique et ethnographique d'Aline SARRADON-ECK, fondée sur l'observation directe et l'entretien « *in situ* » : monographies de 10 cabinets de médecine générale⁶, en région PACA, zone rurale ou semi-rurale (Cf. annexe 5).

L'étude d'Aline Sarradon-Eck sur les interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels

Résultats de la recherche

« Les réseaux de soins informels ne sont pas une simple addition de pratiques individuelles, mais un espace où se construisent et se transforment les identités professionnelles dans un jeu de miroir, principal déterminant des rapports sociaux entre soignants. Cette étude permet de souligner, l'importance de quelques principes fondamentaux qui structurent les relations interprofessionnelles, limitent ou favorisent les échanges :

- *Des idéaux duels (idéal de travail en équipe, idéal d'autonomie, idéal relationnel), formant un espace symbolique source de tensions, mais façonnant les relations interprofessionnelles et structurants les stratégies professionnelles.*

- *Des contraintes plurielles : des compétitions de territoires professionnels, de concurrence, des règles et normes (disponibilité, obligation d'échange d'informations et de patients, obligation de communiquer). A ces contraintes s'ajoutent des problèmes concrets : des ressentis de manque de temps, un manque de ressources intermédiaires entre l'hôpital et la ville, une méconnaissance de l'ensemble des ressources et du travail de chaque acteur.*

- *Des aspirations mésestimées à s'affranchir des hiérarchies et des rapports de subordination ; à préserver son territoire, à être rassuré et reconnu dans sa pratique*

⁵ Dans le domaine de la santé, des chercheurs suisses et canadiens utilisent le terme réseaux informels de soins pour désigner les familles et amis qui s'occupent de l'aide à la vie quotidienne et aux activités liées aux soins personnels des personnes âgées (qu'en France on appelle aidants ou professionnels). Armi F., Guilley E., *Articulation entre réseaux formel et informel en association avec le statut de santé de la personne âgée - Résultats de l'étude SWILSO-O - CIG*, Centre interfacultaire de gérontologie, Université de Genève, Suisse

⁶ Aline SARRADON-ECK A., *Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels* Université Paul Cézanne – AIX-MARSEILLE II
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/a.sarradon.pdf>

De plus, les relations interprofessionnelles répondent à des besoins essentiels (bien qu'implicites) des soignants : réassurance, décharge, partage, délégation et relégation. Ces fonctions sont capitales pour l'équilibre (voire la « survie ») des professionnels, d'où le resserrement des liens sur des personnes ressources (relations « privilégiées ») créant de véritables relations de confiance qui favorisent la collaboration professionnelle. Par contre, la collaboration n'est pas le seul mode de relation entre les acteurs. En effet, nous avons pu mettre à jour différentes formes de « travailler ensemble » : collaboration, coopération, instrumentalisation, négation, qui organisent différents types de réseaux que les médecins utilisent au quotidien, en fonction du rôle qu'ils entendent jouer auprès du patient (pivot, coordinateur, orienteur).

Dans ces réseaux, il n'existe à aucun niveau une vision globale de la prise en charge du malade, mais plutôt une superposition de visions partielles du fait du manque de connaissance du travail de l'autre (et des difficultés rencontrées) et des regards suspicieux portés sur lui. Aussi nous n'avons pas identifié d'acteur unanimement reconnu comme « acteur charnière », même si chaque professionnel tend (ou aspire à) endosser ce rôle.

Enfin, cette étude a montré la place et le rôle majeur des partenaires « profanes » (secrétaires, proches, et surtout patients), et de ceux qui ne sont généralement pas considérés comme des « soignants » par les MG et les MS (médecins « administratifs », pharmaciens, biologistes) ».

* Un travail statistique de Sibel Bilal, coordinatrice nationale ANGREHC⁷, fondé sur une enquête quantitative auprès de 137 médecins généralistes exerçant dans 5 régions en France.

L'étude de l'Angrehc : Les réseaux formels et informels.

L'étude porte, entre autres thèmes, sur les relations entre les généralistes et différents intervenants de la prise en charge des patients atteints d'hépatite C⁸, mais aussi de VIH et d'usagers de drogues, en distinguant les médecins appartenant à des réseaux institutionnels ou non.

*77 % des généralistes ont un **contact personnel** avec un médecin d'un service d'hépatologie, 63 % avec un médecin d'un service d'addictologie ; les médecins enquêtés ont aussi des **contacts personnels** avec des praticiens libéraux, 79 % avec un gastroentérologue, 61 % avec un psychiatre, 33 % avec un psychologue, 54 % avec un pharmacien⁹ (ces pourcentages sont supérieurs lorsque le médecin appartient à un réseau institutionnel).*

« Une petite minorité (8%) possède un correspondant nominal au service de droit commun de son secteur ; 11% au CPAM et un seul médecin à la

⁷ Association nationale des généralistes pour la réflexion et l'étude sur l'hépatite C

⁸ BILAL S., Synthèse des résultats de l'enquête menée auprès de 137 médecins généralistes dans 5 régions de France, ANGREHC, 2007, 33 pp.

⁹ Manque une relation avec les infirmiers

COTOREP. » 12 % ont un contact personnel avec une association caritative. Ces contacts sont essentiellement le fait de médecins appartenant à un réseau institutionnel. 62 % les orientent vers le CMU, 58 % vers des COTOREP pour obtenir une allocation d'adulte handicapé, ... En sens inverse, 38 % ont reçu des patients envoyés par les services sociaux.

Lorsqu'ils n'ont pas de correspondants personnels, les médecins envoient néanmoins souvent leurs patients vers des services hospitaliers, des spécialistes libéraux, des auxiliaires médicaux ou des services sociaux sans les adresser à un correspondant spécifié.

Autres résultats de l'étude.

Deux tiers d'entre les médecins enquêtés appartiennent à des réseaux de prise en charge d'hépatites, de toxicomanie, de sida et/ou de précarité, un tiers n'y participent pas. Quasiment tous ont au moins un patient atteint du VHC (4 % seulement n'en ont pas déclaré). Les médecins participant à des réseaux de prise en charge de l'hépatite C ont environ 70 % de plus de patients atteints de cette maladie que ceux qui n'en font pas partie. Les chercheurs de l'ANGREHC observent une forte liaison entre le nombre de patients atteints du VHC soignés par un médecin et la facilité qu'il ressent à les prendre en charge.

L'étude porte de manière similaire sur les médecins ayant des patients atteints de sida et/ou des usagers de drogues (ce sont souvent les mêmes). Elle met en relief la forte relation entre ces maladies au niveau des malades (déjà connue), mais aussi au niveau des médecins : les médecins recevant de nombreux patients d'une de ces maladies en reçoivent aussi plus pour les deux autres maladies.

Les médecins enquêtés expriment le sentiment que le travail avec l'hôpital et des différents réseaux (VHC, VIH, addiction) est d'un apport important pour la qualité et la facilité de leur pratique.

Il nous semble important de développer à une plus grande échelle et au niveau national des recherches sur les réseaux informels de soins : étude sociologique et enquête quantitative auprès d'un échantillon représentatif au plan national de médecins (généralistes mais aussi spécialistes), participant ou non à des réseaux institutionnels et décrivant les réseaux informels de soins auxquels ils participent. Cette enquête pourrait s'étendre aux médecins hospitaliers (aux services ?). Ces recherches devraient permettre d'évaluer la nature, la fréquence et la régularité des relations entre les médecins enquêtés et les services médicaux complémentaires avec lesquels ils sont en relation (spécialistes par spécialité hospitaliers ou libéraux, radiologues, laboratoires de biologie, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens).

Comme dans l'enquête de Sybel Bilal, il faudrait explorer les relations entre les deux types de réseaux, formels et informels, les difficultés rencontrées et les bénéfices que les praticiens en tirent ainsi que les contraintes et les avantages pour leurs patients.

Des recherches dans ce domaine conduiraient à une description des réseaux informel et formel autour de chaque médecin. Outre les connaissances sur le fonctionnement du secteur médical, Un tel travail pourrait être utile au moment où on cherche à développer l'activité médicale dans des réseaux institutionnels et à mesurer leur efficacité.

Annexe 1 : Filières et réseaux

« Il convient dans un premier temps de bien distinguer les notions de filières et de réseaux.

La filière correspond à l'organisation du parcours d'un patient dans un système de soins organisé quel qu'il soit, réseau ou non. Ainsi un patient qui va de son médecin traitant vers l'hôpital puis bénéficie des soins d'un kinésithérapeute de ville et d'une infirmière, emprunte-t-il une filière de soins au sein de l'organisation territoriale actuelle du système de santé mis à sa disposition.

Le réseau quant à lui correspond à une entité spécifique, reposant sur l'organisation coordonnée de personnes morales ou physiques (institutions de soins, médecins ou soignants) qui se fixent des objectifs communs de prise en charge des personnes, en accroissant la rationalité médicale, technique, voire dans certains cas économiques, d'un dispositif d'offre de soins. Dans un réseau, un patient circule de manière organisée suivant des procédures et des protocoles, contrairement à ce qui se passe dans une filière. Les réseaux permettent d'additionner des compétences, de diminuer les doublons de prise en charge, d'optimiser les temps de réponses médicales et d'assurer une meilleure coordination des soins apportés aux patients. »

A. LIEVRE, G.MOUTEL, C.HERVE, Définitions des réseaux de soins et de leurs finalités : éléments de réflexions, Laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de santé publique, Faculté de médecine Necker, 2001,

<http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/0cd1e4d12c75531880256ae300540846?OpenDocument>

Annexe 2 : Réseaux de santé, Définition

« Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins.

Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs.

L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé. »

La pluralité des configurations possibles des réseaux de santé rend nécessaire de préciser en préalable certains éléments qui les caractérisent. La connaissance de ces éléments est essentielle pour construire l'évaluation des réseaux.

« Les réseaux se caractérisent par leurs finalités (domaines d'intervention, pathologies, populations spécifiques ou générales, types d'activité), leurs objectifs opérationnels, leurs intervenants (membres ou partenaires du réseau), leurs modalités d'organisation (modalités d'intégration des professionnels, modalités d'adhésion des usagers, modalités de coordination, compétences et partage des tâches avec les acteurs), leurs modalités de circulation de l'information, leurs modalités de financement des activités du réseau, leurs cadres d'analyse de leur performance. »

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Principes d'évaluation des réseaux de santé. Paris: ANAES; 1999,

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reseauxsoins.pdf>

Annexe 3 : La loi

L'article L. 6321-1 du Code de la santé publique précise les missions des réseaux de santé : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises

en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services

et prestations ».

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

<http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1096552785874&LANGUE=0>

Annexe 4 : Financement et contrôle

Les principaux organismes impliqués dans le financement et le contrôle des réseaux institutionnels sont :

Au niveau régional :

DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux.

ARH : Agence régionale de santé.

URCAM : Unions régionales des caisses d'assurance maladie.

Au niveau national :

DNDR : Dotation nationale de développement des réseaux.

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, piloté par la CNAMTS.

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Ministère de la santé et des solidarités).

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie.

* * * * *