

Réseaux de santé en Champagne-Ardenne : vers une mutualisation générale

Depuis quelques mois, les associations ADDICA et CARéDiab se sont regroupées au sein de l'association « Réseau(x) de santé addictions précarité et diabète de Champagne-Ardenne ». Alors que les spécificités et engagements de chacun de ces réseaux sont maintenus et préservés au sein de la nouvelle structure, les deux associations mères ont mutualisé, au cours de ces quatre dernières années, l'ensemble de leur plate-forme logistique. Conformément à la volonté des tutelles, cette stratégie de mutualisation de « l'offre réseaux » en Champagne-Ardenne devra s'étendre à l'ensemble des réseaux de la région. Nécessité et intérêt de cette stratégie sont présentés par le Dr Jean-Claude Adjizian, médecin généraliste, coprésident de la nouvelle association, et le Dr Annie-Claude Marchand, chargée par la Mission régionale de santé de soutenir les réseaux de Champagne-Ardenne dans leurs efforts de mise en cohérence et de mutualisation.

► **Dr Jean-Claude Adjizian : « Les réseaux doivent savoir s'adapter et démontrer leur efficience »**

Les réseaux de santé se sont développés dans l'idée qu'ils contribueraient à l'optimisation du système de santé en décroissant l'hôpital et la ville et la coordination entre les professionnels aussi bien d'un même champ que des champs sanitaire et médicosocial.

C'est ce que souligne, en ces termes, le Dr Adjizian : « L'intérêt premier d'un réseau de santé est de faire tomber les barrières entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge d'un patient atteint de pathologie chronique, comme le diabète ou les addictions. Le partage de l'information entre les soignants hospitaliers et les soignants libéraux, entre les acteurs du soin et ceux de la prise en charge psychosociale, et la coordination de leurs actions procurent ainsi un bénéfice pour le patient, en termes de qualité de la prise en charge. Pour preuve, la réduction des complications du diabète en Champagne-Ardenne, démontrée par les évaluations du réseau CARéDiab sur la base de critères objectivement mesurés. »

La notion de transversalité des réseaux, quant à elle, répond à deux logiques,

explique le Dr Adjizian, l'une médicale et l'autre économique : « Notre région étant dotée d'un réseau périnatalité, d'un réseau diabète, d'un réseau de cancérologie, d'un réseau addictions-précarité, d'un réseau de soins palliatifs, d'un réseau gériatrie, et bientôt d'un réseau Alzheimer, une mutualisation de ces réseaux répond à une logique d'amélioration de la qualité de la prise en charge par une offre cohérente "réseaux de santé" et à une logique d'efficience médicale. Pour exemple, une femme enceinte diabétique fumeuse ou bien une personne âgée diabétique et ayant une pathologie maligne seront concernées chacune par trois de ces réseaux. Cependant, dans tous les cas, le médecin généraliste, qui reste le coordonnateur du suivi de son patient, doit pouvoir trouver sa place de manière simple et non chronophage. Un des rôles fondamentaux de l'offre réseaux est donc de lui fournir les

outils pour cela sans compliquer sa pratique. » Quant à l'aspect économique, il est aussi d'importance car « il est aujourd'hui tout à fait irréaliste de financer, autant de fois que de réseaux, des dispositifs qui peuvent être mutualisés », pointe le Dr Adjizian.

« C'est dès leur création que ADDICA et CARéDIAB ont travaillé en partageant leurs ressources, au niveau de leur personnel administratif et de leur outil informatique. L'officialisation de cette mutualisation date de cet été », précise-il en ajoutant : « Au-delà de ces deux réseaux, la mise en commun du système informatique des réseaux en Champagne-Ardenne est supportée par une plate-forme régionale caractérisée par une configuration commune mais qui, in fine, permettra à chaque réseau de conserver la spécificité de son outil, cette spécificité étant incontournable du fait des spécificités de prise en charge de chaque pathologie. »

Premier avantage : pour le financeur, un investissement commun. Deuxième avantage : pour le professionnel de santé, la transversalité, qui lui permet de partager les données et de communiquer avec les différents réseaux sans changer d'ordinateur ou de logiciel à chaque fois ! « L'outil informatique devient alors un réel outil adapté à la pratique et non pas une contrainte qui, perçue comme telle, rend le système non fonctionnel et non opérationnel », commente le Dr Adjizian. Sur le constat du peu de directives du pro-

jet de loi HPST en ce qui concerne les réseaux de santé, le coprésident de l'association « Réseau(x) de santé addictions précarité et diabète de Champagne-Ardenne » répond avec une grande sérénité : « Notre réseau a pour objectif premier que la prise en charge du patient soit coordonnée, efficace et de qualité, ce dont notre rapport d'activité rend compte tous les ans à nos financeurs avec lesquels nous avons un contrat d'objectif. Tant que la tutelle sera convaincue de l'intérêt du réseau, au vu des indicateurs qualitatifs et quantitatifs de ce rapport, il ne devrait pas

y avoir de problème. Et les relations avec nos institutionnels sont d'autant meilleures que le réseau propose des éléments de réflexion pour optimiser la prise en charge des patients, par exemple la mutualisation. S'il s'avère que la future loi va dans le même sens que nous, ce qui est le cas pour la mutualisation, nos financeurs seront confortés et continueront certainement à soutenir nos actions. Dans le cas contraire, à nous de savoir nous adapter. Plus que jamais, démontrer le bénéfice de leur dynamique s'avère, pour les réseaux de santé, une figure de style imposée... à juste titre. » ■

▶ Dr Annie-Claude Marchand : « Mutualiser les moyens existants au travers d'actions transversales »

Après une expérience parisienne de quatre ans à l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) en tant que responsable du département partenariats et développement régional de l'éducation pour la santé, le Dr Annie-Claude Marchand, médecin de santé publique, revient en Champagne-Ardenne où elle avait notamment présidé la première instance d'évaluation du réseau ADDICA en 2003. Ancien médecin inspecteur de santé publique, le Dr Marchand a, à ce titre, conservé des liens forts avec l'administration de la santé. Aujourd'hui praticien hospitalier au CHU de Reims et mise à disposition de l'ARH pour une Mission d'appui aux réseaux de santé, elle explique pourquoi ce poste a été récemment créé.

« **L**a Mission régionale de santé de Champagne-Ardenne (qui réunit l'ARH et l'URCAM) souhaitait renforcer la dynamique de mutualisation des réseaux de santé, répondant en cela aux orientations nationales préconisées dans la circulaire de mars 2007 relative à ces structures. Mon rôle est d'assurer l'interface avec les réseaux de santé et de venir en appui de cette démarche. Cela présente d'autant plus d'intérêt que l'une des caractéristiques des réseaux de Champagne-Ardenne est d'être, pour la majorité d'entre eux, des réseaux régionaux qui développent des fonctions-support pour les professionnels (formations, référentiels de bonnes pratiques, dossier patient partagé...), précise le Dr Marchand. Deux réseaux, ADDICA et CARéDiab, se sont déjà approprié cette logique. Le fait qu'ils aient des origines similaires, la médecine de ville, et soient centrés sur le parcours du patient explique sans doute que ces deux réseaux aient spontanément trouvé matière à mutualisation. Ce mouvement de mutualisation a été accompagné par la MRS, ajoute-t-elle en soulignant : En effet, les réseaux ont beaucoup à mettre en

commun, non seulement du point de vue logistique, des locaux, du matériel, mais également des moyens humains, comme un secrétariat partagé, des outils de coordination, de pilotage, des processus utilisés pour mettre en œuvre des activités de même nature mais portant sur des thématiques différentes. Les réseaux ont donc beaucoup à gagner à s'appuyer les uns sur les autres et à mutualiser les moyens existants au travers d'actions transversales. C'est dans cette optique que le dossier sur la mise en place d'un système d'information unifié des réseaux de santé est bien avancé dans la région avec la construction d'une plate-forme qui va même au-delà des réseaux. Nommée SIS-CA, Système d'information de santé de Champagne-Ardenne, cette plate-forme est portée par un groupement de coopération sanitaire auquel adhèrent aussi les établissements de santé de la région. »

La mutualisation vise aussi à optimiser les ressources, nécessité dictée par le contexte actuel où les enveloppes budgétaires n'auront aucune tendance à croître de manière importante alors que le nombre des réseaux augmente. Sans occulter cette réa-

lité, le Dr Marchand souligne que « cette stratégie de mutualisation répond aussi à un besoin exprimé par les professionnels de santé qui peuvent être confrontés à la nécessité de mettre en place pour un même patient des prises en charge relevant de plusieurs réseaux thématiques. Ils souhaitent avoir accès à des outils qui permettent non seulement de disposer des informations nécessaires pour traiter chaque pathologie, mais également de pouvoir passer facilement de l'un à l'autre. »

Autre intérêt de la mutualisation : « D'un point de vue plus institutionnel, le travail de mutualisation va nous amener à harmoniser le recueil des indicateurs de suivi et aller vers une "routinisation" des rendus d'activités des réseaux. Là encore, nous fondons de grands espoirs sur le système d'information que nous sommes en train de construire. Il devrait aussi largement faciliter le travail autour de l'évaluation, autre enjeu majeur pour les réseaux et, très concrètement pour moi, deuxième volet de ma mission », conclut le Dr Marchand. ■

Propos recueillis
par le Dr Brigitte Némirovsky