

# INÉGALITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ, LE TRAVAIL DES RÉSEAUX

## ATELIER 17

*Notes prises par Catherine Boudin : cathbo@numericable.fr*

Trois médecins vont nous présenter les atouts et les difficultés de leurs réseaux respectifs. Celui de Savoie, celui de Vaucluse/Camargue, et celui de Toulouse.

### Présentation des réseaux

#### ***Rappel historique***

Les réseaux naissent de la nécessité de faire face à l'épidémie du VIH, ils établissent une relation très souple entre les médecins de ville et l'hôpital. Cependant les financeurs apportent progressivement des directives comme des contrats d'objectifs et de moyens.

En 90, les réseaux sont issus des acteurs de terrain (en grande partie généralistes) mais ils s'appuient actuellement sur l'ensemble des acteurs de terrain. La loi du 4 mars 2002 en définit précisément les objectifs, les missions, les financements. Ils nécessitent une collaboration et une implication des professionnels. La place des réseaux se trouve dans l'accompagnement des précaires, ainsi ils émanent souvent de la sollicitation des patients, ils n'existent pas partout et sont construits sur la demande locale.

Ex : en Savoie se pose le problème de la proximité dû à la configuration géographique or il faut être proche des précaires et travailler à la proximité.

#### ***Le réseau Savoie (RESADH 73)***

Il est constitué de 2 réseaux (initialement 4 : diabète, alcool, précarité/santé, toxicomanie). A la demande des institutions (ARS, URCAM) il y a eu mutualisation et une association s'est créée. La majorité des suivis concerne l'alcool.

- **L'apport du réseau**

- *pour les patients*

- 1-Contact téléphonique puis RV pour un entretien qui présente ce que le réseau peut apporter
- 2-Suivi par une équipe pluridisciplinaire (diététicienne, psy, médecin, pharmacien...)
- 3-Consultation sans avance de frais
- 4-Complément avec un équipement hospitalier

L'objectif étant d'augmenter le nombre de médecins traitants qui font des suivis

Il y a l'organisation d'échanges cliniques entre professionnels

Les actions sont axées sur une démarche de sevrage, accompagnée par un généraliste, un diététicien, un éducateur sportif. Ainsi, il y a une subvention spécifique pour des patches à la nicotine ou encore deux visites d'infirmière par jour la première semaine du sevrage

ambulatoire d'alcool. Les toxicomanes disposent d'un carnet de suivi pour le traitement de substitution aux opiacés (TSO).

➤ *Pour les professionnels*

- 1- Des ressources pour l'orientation des patients
- 2- Un soutien aux libéraux
- 3- Un espace d'échange sur les pratiques
- 4- De la formation
- 5- Un guide de consultation (une trame pour l'accompagnement)
- 6- Un site internet

Ainsi, par son expérience, le réseau Savoie représente un modèle pour d'autres territoires comme l'Ain par exemple qui souhaiterait s'en inspirer.

• **Quelques questions :**

Quel est le mode d'entrée dans le réseau, le bouche à oreille ?

Y a-t-il une administration centralisée ?

Qui a initié la dynamique ?

Comment se soignent les dents et les pieds ?

- Nous sommes un petit département, on se connaît, on se croise. La permanence d'accès aux soins (PASS) de l'hôpital de Chambéry a une dynamique « précarité » particulière, elle est en lien avec une structure d'accueil du centre ville. Nous souhaitons la développer sur l'ensemble du territoire. Les dispositifs « grands froids » offrent des soins des pieds.

***Le réseau Vaucluse Camargue***

Il naît en réponse à l'accompagnement de toxicomanes victimes du VIH avec un traitement de substitution à la marge (temgesic). Le réseau obtient un fort soutien institutionnel. Le territoire est vaste, il couvre plusieurs régions mais seule PACA finance.

• **Les caractéristiques spécifiques**

- Il existe un projet centré sur les femmes avec la présence de sages-femmes dans le réseau.
- Les équipes « santé/prévention » vont au devant des professionnels pour étudier les projets.
- Les partenaires signent et s'engagent à faire des bilans, utiliser un logiciel, des outils qui facilitent une vision globale des actions.
- La coordination est importante puisqu'il y a une présence dans une quinzaine de villes, par exemple sur des cas problématiques, dans et hors réseau.
- Le patient peut demander une réunion avec les professionnels qu'il souhaite pour fixer des objectifs ensemble. Il y a un bilan six mois après.

• **Les actions du réseau**

Il propose une prise en charge :

psychologique

diététique

de vitaminothérapie

des transports pour les plus précaires (convention)

du sevrage

Ainsi il existe :

des groupes de paroles (estime de soi, motivationnel, tabac, grossesse)

des outils (livret, répertoires, etc.)

un atelier « réduction des risques » (RDR)

Le réseau propose des actions spécifiques de formation, de recherche.

Cependant on constate que la file active a diminuée en même temps que le budget.

### ***Le réseau Haute Garonne (Passage Réseau Addiction 31)***

L'association reçoit 30000€.

Elle anime un réseau dense, mais le réseau n'est pas matérialisé. Les acteurs s'engagent et arrivent avec leur responsabilité, travaillent en réseau sans limitation. Il existe un réseau « dur » de soignants qui oriente.

On a voulu nous faire travailler comme vous, de manière plus directive, mais nous avons notre caractère et nous avons eu des anicroches.

Le réseau, sans limite, est incontournable mais fragile. Comme aux débuts de l'aviation, on essaie de comprendre la mécanique et on se demande comment cela vole.

Il y aura toujours du réseau, il n'existe pas mais il fonctionne, il n'y a que des preuves du réseau.

- **Les agissements de PRA 31**

Un suivi et une communication sur les traitements de substitution (entre les institutionnels et le terrain)

Pas de dossier centralisé

Un influence importante car nous avons dit « non » à des choses (rohypnol, subutex)

Néanmoins nous avons un retard sur le baclofène, nous allons nous réunir à ce sujet à la fin du mois.

- **Des résultats**

Le subutex « de rue » est la plus bas de France

La cours des comptes a approuvé nos positionnements

La CNAM questionne la déontologie de nos protocoles

Nous avons à gérer des « villages gaulois ».

## **Les questions de la salle**

- **Une Assistante Sociale, formatrice à l'IRTS (Institut Régional du Travail Social) Bretagne**

- Interroge la dimension pluridisciplinaire et en particulier la place des AS

- Signale que le réseau implique d'avoir une réflexion sur les valeurs à partager.

*Vaucluse/Camargue :*

L'ARS ne finance pas le social, hormis quelques dérogations. Nous essayons d'impliquer le secteur social. Les décisions sont prises par un comité de pilotage de 25 professionnels pour éviter l'écueil d'une prise de pouvoir. Des travailleurs sociaux y figurent. Le comité décide des actions et des réactions à mener, les décisions sont entériner par le bureau.

*Toulouse :*

Notre comité de pilotage donne son avis.

*Savoie :* Nous avons deux comités de suivi pour chaque réseau, des responsables de structure et des professionnels. Il y a deux séances par an où se définissent les priorités et les orientations.

- **Un médecin de Besançon**

Je suis initiateur d'un réseau en crise d'identité, la forme est proche du réseau toulousain.

Nous remplissons difficilement une fonction, le fléchage est flou sur les prestations de soins.

- A quel type de besoin répondez-vous autre que ceux auxquels répond le droit commun ?
- Y a-t-il une raison à la baisse de file active du réseau Vaucluse/Camargue autre que la baisse de financement ? La baisse du VIH, du VHC ? le succès de la RDR ? existe-t-il une évaluation du devenir des usagers disparus (2867 en 2002 et 722 en 2011)
- Nous rencontrons le problème de l'inclusion des généralistes, quelles sont vos dispositions particulières pour ça ?

*Savoie :*

La plus –value dépend des territoires. Pour nous elle réside dans la possibilité d'une réponse de proximité, en appui relai aux libéraux ce qui permet de les impliquer. L'enjeu réside dans le fait de reconnaître et de mutualiser les compétences et les ressources (diététique, traitement des pieds) Nous cherchons à faire lien entre le social et le médical et à fournir une élaboration collective pour une prise en charge globale.

*Vaucluse/Camargue :*

Nous avons pallié les failles du droit commun en augmentant les accompagnements psy. L'ARS demande en permanence de l'évaluation (médico-économique) pour avoir des données ce qui implique des lourdeurs et des contraintes formelles qui peuvent dissuader certains acteurs. Cependant nous sommes satisfaits du travail que l'on apporte, les patients passent du CSAPA au réseau sans soucis.

Dans nos territoires il y a beaucoup d'alcool, la prise en charge VIH et VHC est en marge.

*Savoie :*

Nous n'avons pas eu de nouveau cas VHC et 12 VIH sur une file active de 450.

*Toulouse :*

Nous avons une coordinatrice à plein temps ainsi que deux médecins à mi temps. Nous diffusons une musique sur la ville ; des préconisations, des plaquettes, des réunions à thèmes, on fait confiance aux gens s'ils sont de bonne humeur.

Nous avons fait faire des économies sur le subutex, néanmoins le comité de suivi « traitement de substitution » n'a pas d'existence légale, les gens se réunissent effectivement. Nous tenons par un fil. La question du logement se pose comme le problème des pieds, j'ai trois amputés parmi mes patients ainsi que des plaies chroniques.

- **Un pharmacien coordinateur du réseau Limousin**

J'entends les difficultés et je constate que nous avons les mêmes. On fonctionnait comme à Toulouse. Aujourd'hui la région nous finance et nous avons des consignes de plus en plus strictes. Pour autant nous commençons à avoir de l'homogénéisation mais le généraliste est énormément sollicité et nous avons des difficultés à l'intégrer.

La formation pluridisciplinaire est très bien, les limites en sont des cultures différentes, le corporatisme et les ego entre professionnels.

*Vaucluse/Camargue :*

Rapidement les barrières disparaissent et les différents professionnels apprennent à travailler ensemble, la fluidité s'améliore.

*Savoie :*

Ces questions s'effacent autour de la résolution des problèmes de terrain, quand chacun se rend compte du travail et de l'investissement de l'autre.

Il est compliqué de demander un rendu à un libéral, mais avec le temps, les bénéfices émergent et on peut prouver l'intérêt du réseau aux généralistes. Le « Repérage Précoce et Intervention Brève » a stimulé les médecins. L'obstacle est le côté paperasse.

Nous avons peu de suivis TSO en Savoie, beaucoup plus de prise en charge pour l'abus ou le mésusage d'alcool.

*Toulouse :*

Une étude a été faite et en 2008, 56 médecins avaient répondu sur la prescription. En 2012, pour la prescription TSO, 109 médecins sont impliqués et 39 orientent. De bipolaires nous sommes devenus multipolaires. Ce sont les toxicos qui vont débusquer les médecins, nous les repérons et on les soutient.

*Vaucluse/Camargue :*

Beaucoup de jeunes médecins arrivent sur le réseau, ils acceptent mieux le regard des autres. Il y a eu un changement dans la posture des médecins. De toute puissante, elle est devenue plus ouverte.

- **Un médecin du CSAPA de Limoux**

- qui prend les décisions ?
- faites vous de la RDR sur l'alcool et le tabac ?

*Vaucluse/Camargue :*

Nous avons un atelier RDR à date et lieux fixes, la difficulté est de communiquer ces informations aux bonnes personnes, cela implique un travail de fourmi.

- **Le coordinateur du (futur/ex) réseau Gironde**

Nous avons une inquiétude sur la réorganisation des réseaux en Aquitaine, il y aura une disparition des réseaux « thématiques » d'ici un an. Nous avons un guide national d'appui à la coordination, mais c'est plus un gestionnaire de cas avec une échelle unique. J'ai peur qu'on ne soit pas là l'année prochaine.

*Vaucluse/Camargue :*

On a tous cette inquiétude. L'ARS Aquitaine est très en pointe et on risque de ne plus faire que de la coordination à terme. Un collectif des Réseaux Addictions s'est créé face aux velléités des ARS de changer l'esprit des réseaux. Ce collectif se réunira le 18 septembre.

*Savoie :*

La réunion du 18 septembre doit être travaillée avec l'Union Nationale des réseaux pour anticiper ces orientations. Ils veulent étendre des outils gestionnaires (tel que Maya conçu pour la maladie d'Alzheimer). Nous devons argumenter et renvoyer nos spécificité et nos difficultés de terrain.