

Réseau régional

Addictions, Précarité, Diabète

Evaluation Externe

Juillet 2009

RAPPORT FINAL

SOMMAIRE

1. PRESENTATION DU RESEAU ET DES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION.....	4
1.1 Présentation du réseau	4
1.2 Objectifs et démarche de l'évaluation	6
1.3 Les limites de l'évaluation.....	9
2. L'ORGANISATION DU RESEAU.....	10
2.1. Le fonctionnement du réseau.....	10
2.1.1. Les infrastructures du réseau.....	10
2.1.2. Le pilotage du réseau	10
2.1.3. L'équipe de coordination et les intervenants professionnels	13
2.1.4. Des actions pluridisciplinaires	16
2.1.5. Les procédures.....	17
2.1.6. La communication	20
2.1.7. Le système d'information.....	24
2.1.8. L'évolution du fonctionnement.....	28
2.2. Le réseau dans son environnement.....	31
2.2.1. Les partenariats	31
2.2.2. Les modalités de mise en œuvre des formations	36
2.2.3. La pénétration du réseau sur le territoire	42
2.3. Synthèse et recommandations concernant l'organisation et le fonctionnement du réseau.....	46
2.3.1. Synthèse des constats.....	46
2.3.2. Recommandations	48
3. LA PARTICIPATION ET L'INTEGRATION DES ACTEURS.....	52
3.1. L'évolution du nombre de professionnels participant au réseau .52	
3.1.1. Evolution des inclusions et répartition des patients suivis.....	52
3.1.2. La coordination des professionnels	58
3.2. L'appropriation des objectifs du réseau.....	62
3.2.1. L'appropriation des objectifs du réseau et l'adéquation du réseau aux besoins des professionnels.....	62
3.2.2. Satisfaction globale des professionnels vis-à-vis du réseau.....	65
3.3. Synthèse de l'évaluation de la participation et de l'intégration des professionnels du réseau	67
3.3.1 Synthèse des constats.....	67
3.3.2 Recommandations	68

4. L'IMPACT DU RESEAU SUR L'ETAT DE SANTE DES PATIENTS ET SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	72
4.1. La prise en charge des patients dans le réseau et son impact sur leur état de santé.....	72
4.1.1. La file active	72
4.1.2. L'accompagnement et le suivi des patients	77
4.1.3. L'impact du réseau sur l'état de santé des patients.....	79
4.2. Evaluation de l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles	84
4.2.1. La fréquence et la qualité des pratiques de suivi par les professionnels	85
4.2.2. L'adoption de nouvelles pratiques par les professionnels	87
4.3. Synthèse de l'évaluation de l'impact du réseau sur l'état de santé des patients et les pratiques professionnelles	92
5. L'EFFICIENCE DU RESEAU	97
5.1. Les coûts du réseau	97
Evaluation du coût par patient.....	99
5.2. L'évaluation économique.....	100
5.3. Synthèse de l'évaluation d'efficacité.....	102
6. CONCLUSION	104
7. ANNEXES	110

1. Présentation du réseau et des objectifs de l'évaluation

1.1 Présentation du réseau

Le Réseau Régional Addictions, Précarité, Diabète est issu de la fusion de deux réseaux thématiques, ADDICA et CARÉDIAB, au sein de l'association Réseau(x), créée le 25 avril 2008. La fusion a été entérinée le 19 juin 2008 par dissolution des deux associations qui préexistaient.

Le réseau ADDICA (ADDIctions Précarité Champagne-Ardenne) a été promu dès 2001 par l'association GT 51, et a d'abord fonctionné sur des crédits du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville jusqu'en 2003. Erigé en association loi 1901 « ADDICA » le 28 octobre 2003, il a poursuivi son action grâce à la Dotation Régionale de Développement des Réseaux jusqu'en 2008, avant de passer sous financement du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins. Le réseau ADDICA traite la problématique des conduites addictives et de la précarité. Son action repose sur la coordination des soins, l'harmonisation des pratiques et une approche multidisciplinaire du suivi des patients. Le réseau ADDICA a eu deux évaluations externes depuis sa création : la première a abouti en juin 2003, la deuxième a impliqué trois évaluateurs externes (ORS, ENDEL, ENST) de septembre 2005 à juin 2006.

Le réseau CARÉDIAB (Champagne Ardenne Réseau DIABète) a été mis en place en décembre 2003 sous la forme d'une association loi 1901, fonctionnant grâce à des crédits de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR), avant de passer sous financement du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) en 2008. CARÉDIAB est un réseau de soins tel que défini par les articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la Santé publique. Il propose une pratique plus cohérente de la prise en charge du diabète en renforçant le lien entre les acteurs professionnels, et en proposant aux patients une prise en charge globale articulée autour de la notion de qualité des soins, du partage de l'information utile aux soins, d'information du patient et de la contractualisation de plans de soins. Il a fait l'objet d'une évaluation sommative de ses trois premières années de fonctionnement (2004-2006), réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS). La présente évaluation est donc la deuxième que le réseau ait connue depuis sa création.

Les réseaux ADDICA et CARÉDIAB ont toujours fonctionné de manière très similaire :

- CARÉDIAB a été mis en place par le même groupe de professionnels de santé qui était à l'origine de la fondation d'ADDICA ;

- Les deux réseaux ont partagé leurs locaux dès la création de CARÉDIAB ;
- Les méthodes et outils déployés pour développer le réseau CARÉDIAB (susciter des adhésions, organiser les formations) ont été inspirées par l'expérience du réseau ADDICA.

Aussi, la fusion administrative des deux réseaux en avril 2008 est-elle venue clôturer et officialiser un mouvement de mutualisation déjà fortement avancé.

Comme son nom l'indique, le Réseau Régional Addictions, Précarité, Diabète a pour zone géographique la région Champagne-Ardenne. Sa population-cible varie suivant la thématique considérée :

- toute personne souffrant d'une conduite addictive au sens large (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes et produits dopants) et/ou en situation de précarité et résidant en région Champagne-Ardenne ;
- toute personne diabétique de type I et II résidant en région Champagne-Ardenne.

Aujourd'hui, le réseau a pour objet :

- d'améliorer la qualité des soins ;
- d'améliorer les pratiques professionnelles, leur coordination et leur évaluation ;
- de développer des formes coordonnées de prise en charge liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé, dans le domaine des conduites addictives (associées ou non à une situation de précarité) et dans le domaine du diabète.

Les trois finalités principales du réseau sont déclinées en plusieurs objectifs opérationnels :

- **former les professionnels de santé et les professionnels sociaux** sur les thématiques de prise en charge des conduites addictives et/ou du diabète ;
- **favoriser la coordination des professionnels** par le caractère interactif et pluridisciplinaire des formations, qui rassemblent des professionnels exerçant sur un même territoire ;
- **mettre à disposition des professionnels des outils** de bonne pratique, des outils informatiques permettant de partager le suivi du patient, dont le Dossier Patient Partagé (DPP) ;
- **former les professionnels à utiliser l'outil DPP et rémunérer** ceux qui l'utilisent dans le cadre d'un suivi régulier ;
- **prendre en charge des prestations dérogatoires** pour les patients diabétiques ou les patients désirant sortir de leur addiction.

Ainsi, la coordination du réseau régional addictions, précarité et diabète n'a pas pour objectif direct la prise en charge médicale des patients.

1.2 Objectifs et démarche de l'évaluation

La MRS de la région Champagne-Ardenne a retenu la société Eliane Conseil, au terme d'une consultation, afin de réaliser une évaluation du fonctionnement et des résultats du réseau, dans le cadre de la circulaire du 2 mars 2007.

Le présent rapport d'évaluation est réalisé à la fin de la huitième année de fonctionnement du réseau thématique addictions/précarité et de la quatrième année de fonctionnement du réseau thématique diabète. L'évaluation a été lancée 6 mois après la fusion des deux réseaux en un réseau régional polythématique. Elle intègre une évaluation qualitative et contribue à mettre en évidence :

- la réalité de l'existence et du fonctionnement du réseau, à travers les actions mises en place ;
- les résultats obtenus et leur adéquation par rapport aux objectifs initiaux ;
- la sécurité et la qualité des prestations auprès des patients ;
- la qualité de la coordination permettant d'assurer la prise en charge continue et globale des patients, mais encore les bénéfices potentiels en termes de santé publique ;
- l'optimisation des ressources allouées au réseau et l'impact du réseau sur l'organisation de l'offre de soins (y compris sur le plan économique) ;
- l'adaptabilité du dispositif mis en œuvre.

Cette évaluation est réalisée :

- à partir d'un cahier des charges élaboré par la MRS Champagne-Ardenne dans son appel d'offres, calé sur les critères d'évaluation présentés dans la circulaire CNAMTS-DHOS du 2 mars 2007.
- en conformité avec la circulaire précitée qui stipule que les champs suivants soient évalués :
 - l'organisation du fonctionnement du réseau, en interne et dans son environnement ;
 - la participation et l'intégration des acteurs ;
 - la prise en charge des patients et l'impact sur les pratiques professionnelles ;
 - les résultats médico-économiques, au niveau des coûts de fonctionnement et des coûts dérogatoires.

Le plan du rapport est calqué sur celui présenté dans la circulaire précitée.

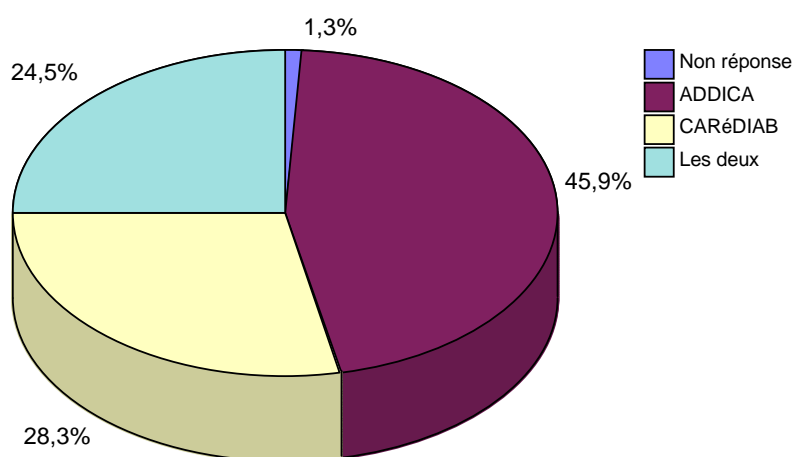
La présente évaluation a été accomplie selon la démarche suivante :

- une analyse des documents/supports produits par le réseau retraçant son activité et des principales données quantitatives recueillies en routine par le réseau, retranscrites dans ses tableaux de bords de suivi d'activité ;
 - une analyse des données issues du DPP à partir d'indicateurs élaborés au départ de la mission (une demande d'autorisation auprès de la CNIL a été réalisée à cet effet) ; cette analyse a pu être menée grâce à la mobilisation des personnels de SANTEOS (le prestataire qui héberge les bases de données DPP des deux réseaux thématiques ADDICA et CARÉDIAB) qui ont configuré et effectué des extractions de données pour les besoins de l'évaluation ;
 - la réalisation d'entretiens avec l'équipe de coordination du réseau, des membres du Conseil d'administration et des partenaires (19 entretiens au total) ;
 - la réalisation d'une enquête qualitative par voie de questionnaires en avril/mai 2009, dont les taux de retours ont été inégaux. Cette enquête a été réalisée à deux niveaux :
 - o auprès de 693 professionnels partenaires ou adhérents du réseau (avec un taux de retour satisfaisant - 23% - ce qui permet une analyse objective des réponses reçues) afin d'apprécier leur positionnement ;
 - o auprès de 900 patients, afin de mesurer leurs attentes et leur appréciation vis-à-vis du réseau. Cette dernière démarche présente un taux de retour très faible (deux questionnaires pour la thématique Diabète, 5 questionnaires pour la thématique Addictions Précarité), qui s'explique à la fois :
 - Par la période durant laquelle la diffusion a eu lieu - vacances d'avril et week-ends prolongés du mois de mai ;
 - Par les caractéristiques des populations visées- les diabétiques rencontrent leur professionnel référent une à 4 fois dans l'année en général, tandis que les patients en conduite addictive peuvent être amenés à consulter souvent mais sont moins enclins à répondre à des enquêtes sur leur situation ;
 - Par les réticences des professionnels de santé à diffuser le questionnaire à leurs patients, ce dernier n'ayant pu leur être adressé directement en car le réseau **ne recueille pas les coordonnées des patients dans sa base de données.**
- ⇒ Ce taux de retour implique que **les résultats de l'enquête auprès des patients ne sont pas exploités dans le présent rapport.**

Les profils des professionnels ayant effectivement répondu à l'enquête assurent une bonne représentativité de cet échantillon par rapport à la composition réelle des professionnels membres des deux réseaux. En effet :

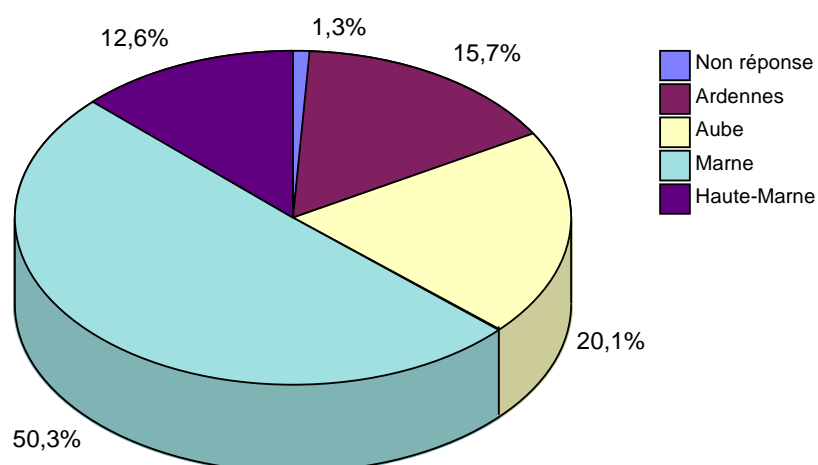
- les 3 possibilités d'adhésion au réseau régional sont représentées (46% des répondants adhéraient uniquement à ADDICA, 28% uniquement à CARÉDIAB et 24,5% aux deux réseaux) :

De quel(s) réseau(x) êtes-vous adhérent ?



- 74% des répondants exercent à titre principalement libéral ;
- Les 4 départements de la région sont représentés, dans des proportions comparables à la répartition géographique réelle des membres des deux réseaux.

Quel est votre département d'exercice ?



1.3 Les limites de l'évaluation

- **L'évaluation des impacts du réseau recouvre les évolutions de l'environnement du réseau, des pratiques professionnelles et de la santé des patients.** Il s'agit à la fois des objectifs principaux du réseau, et des champs stipulés dans la circulaire CNAMTS-DHOS du 2 mars 2007. Cependant, l'évaluation des impacts du réseau sur la santé des patients, et l'évaluation quantitative des évolutions des pratiques des professionnels, n'ont pu être effectuées que très partiellement :
 - Ces impacts ne peuvent être évalués que par l'analyse des données remplies dans le Dossier Patient Partagé par les professionnels membres du réseau ;
 - Or, ce Dossier Patient Partagé est peu utilisé par les professionnels membres du réseau, et les dossiers existants sont caractérisés par de faibles taux de remplissage (cf. infra). En conséquence, les données extraites du DPP se sont avérées peu exploitables dans le cadre de cette évaluation.

- **L'évaluation de l'efficience du réseau, et notamment des réductions de coûts liées à la fusion d'ADDICA et de CARÉDIAB, est également très difficile à réaliser.** La mutualisation du fonctionnement des deux réseaux est en effet antérieure à leur fusion administrative, et les économies générées par leur rapprochement sont donc effectives depuis longtemps. Dans le cadre de la présente évaluation, nous n'avons pu réaliser qu'une simulation du coût que représenterait l'existence de deux réseaux séparés.

- **Enfin, et de manière transversale à la démarche et au rapport final d'évaluation, les évaluateurs ont été amenés à étudier séparément l'activité, les résultats obtenus et les évolutions enregistrées par les deux réseaux thématiques inclus dans le Réseau Régional Addictions, Précarité, Diabète.** Cette différenciation constante est le résultat de l'histoire propre à chacun des deux réseaux : leur antériorité et leurs caractéristiques d'activité sont différentes, malgré les nombreux points qu'ils ont en commun. Elle aboutit à un rapport d'évaluation externe assez long, - ce qui correspond à la situation réelle, à savoir l'évaluation de 2 réseaux en un seul - et à des constats et des recommandations qui sont parfois distincts selon la thématique/réseau considéré(e).

2. L'organisation du réseau

2.1. Le fonctionnement du réseau

2.1.1. Les infrastructures du réseau

Le Réseau Régional Addictions, Précarité, Diabète dispose d'un local de 70 m², à Reims. L'espace comprend une entrée, deux bureaux, une salle de réunion et une salle d'archives. Les deux bureaux sont occupés par les coordonnatrices administratives du réseau, l'entrée sert de bureau à un des chefs de projet et la salle de réunion est partagée par les deux autres chefs de projet. Le réseau est bien équipé en matériel : postes informatiques, imprimantes, photocopieuse, affranchisseuse...

De par son antériorité, le réseau est installé en dehors des locaux de la Clinique de Champagne, où sont rassemblés d'autres réseaux de santé du département. Cette localisation satisfait les fondateurs comme les salariés du réseau (la localisation en dehors des établissements hospitaliers permettrait d'attirer plus facilement les professionnels libéraux dans le réseau). En revanche, **les locaux sont clairement trop exigus au regard de la dimension de l'équipe salariée.** La situation actuelle ne facilite pas l'organisation de réunions dans les locaux, et plus de la moitié des salariés ne dispose pas d'un bureau propre.

Une permanence est assurée dans les locaux du réseau de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 les lundis, mardis, jeudis et vendredis. Le mercredi le réseau est ouvert de 9h00 à 13h30. Cette permanence est essentiellement téléphonique : les patients n'ont pas vocation à entrer en contact avec la coordination du réseau (d'après le positionnement adopté par la coordination), et les professionnels le contactent par téléphone.

2.1.2. Le pilotage du réseau

L'association Réseau(x) de Santé Addictions, Précarité et Diabète de Champagne-Ardenne, créée le 19 juin 2008 est une association loi 1901. Elle est pilotée par un **conseil de gestion** dont les membres sont issus de deux **Conseils Techniques et Scientifiques – CTS** - (un pour ADDICA, un pour CARÉDIAB).

Le président de chaque CTS est automatiquement président du Conseil de Gestion. Par ailleurs, chaque CTS désigne parmi ses membres, lors de l'assemblée générale annuelle, un vice-président et un trésorier qui participent au Conseil de gestion pour la durée de leur mandat de membre du CTS.

Ainsi, le Conseil de Gestion comprend 6 membres :

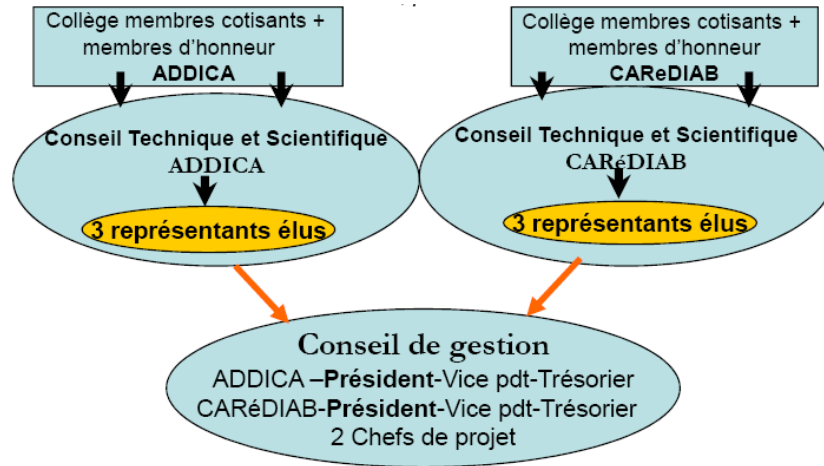
- **Deux présidents**, qui sont également les présidents des deux CTS
- Deux vice-présidents
- Deux trésoriers.

Le Conseil de gestion se réunit au moins trois fois par an. **Ses compétences sont limitées** (cf. les statuts officiels de l'association) : il assure la préparation et la mise en œuvre des décisions de l'assemblée générale et de chaque CTS. Il assure également la gestion courante de l'association, en lien avec les chefs de projet (qui assistent aux réunions du Conseil de Gestion, sans prendre part au vote). Il s'agit notamment de la gestion des ressources humaines et des états financiers.

Les Conseils Techniques et Scientifiques sont donc les véritables organes de pilotage de chaque réseau. En 2008, ils sont composés des membres des anciens Conseils d'Administration des associations ADDICA et CARÉDIAB. Les membres de chaque CTS sont désignés au sein du collège des professionnels cotisants au réseau thématique correspondant. Chaque CTS porte le projet du réseau de santé qu'il pilote : il nomme ses représentants au Conseil de Gestion, définit la politique et les orientations générales de chaque thématique et veille à leur mise en œuvre. Il valide les budgets consacrés aux différents projets. Les chefs de projet participent aux réunions des CTS, sans droit de vote.

Les CTS fonctionnent séparément, en dehors de l'Assemblée Générale annuelle qui permet de les réunir. Les représentants du réseau au Comité de Gestion, pilote du réseau, ont justifié ce fonctionnement séparé par la volonté de conserver l'attractivité de la participation aux instances de pilotage, pour des professionnels qui sont intéressés par une seule des deux thématiques. Cependant, **un tel fonctionnement implique la conservation d'une dualité de fonctionnement et de décision qui peut entraver, à terme, la dynamique de mutualisation entre les deux réseaux thématiques, voire poser des difficultés de pilotage.**

Ainsi, à l'heure actuelle, les décisions importantes relatives au réseau régional polythématique sont encore co-signées par deux présidents. L'organigramme ci-après permet de visualiser la relative dualité des circuits de décision au sein du Réseau régional.



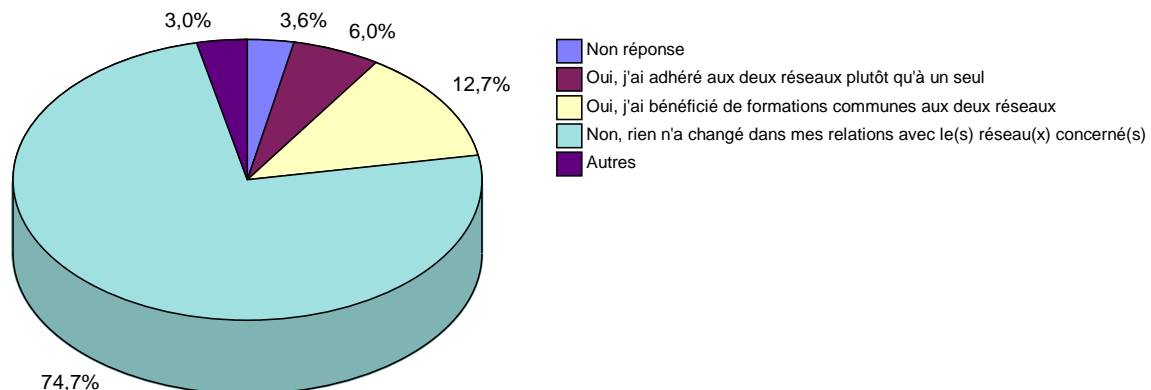
Il convient de souligner que cette dualité du circuit décisionnel **représente une organisation transitoire pertinente en vue de faciliter la fusion dans la pratique.** Les négociations préalables à la rédaction des nouveaux statuts de l'association « Réseau(x) de santé addictions, précarité et diabète de Champagne-Ardenne » ont en effet été longues, et parfois difficile.

Une organisation plus unifiée/centralisée devrait donc être mise en place, quand la dynamique de fusion sera stabilisée.

Les **documents juridiques** du réseau régional révèlent également la dualité qui persiste au sein de l'association. En effet, en dehors des statuts de l'association, communs aux deux réseaux, **chaque réseau a conservé sa propre charte et sa propre note d'information du patient.**

Par ailleurs, sur le terrain, la fusion n'a pas changé les choses pour les professionnels membres du réseau : **près des ¾ des professionnels ayant répondu à l'enquête ont ainsi déclaré que la fusion n'avait rien changé dans leurs relations avec les réseaux.**

Le réseau ADDICA et le réseau CARéDIAB ont fusionné en 2008. Cette fusion a-t-elle eu des conséquences pour vous ? (Plusieurs réponses possibles)



L'adhésion des professionnels à l'un des deux réseaux est marquée par la signature de la Charte propre à ce réseau. Si le professionnel souhaite adhérer aux deux réseaux de l'association, il doit signer deux chartes. Les deux réseaux appliquent leurs propres procédures avec rigueur : **94% des professionnels référencés par le réseau régional ont effectivement signé au moins une des deux chartes.**

L'inclusion des patients correspond exclusivement à la création d'un Dossier Patient Partagé. Cette création peut être proposée par un professionnel de santé qui suit le patient (il doit adhérer au réseau avant de créer le DPP) ou par le patient lui-même. Le patient qui bénéficie de l'ouverture d'un DPP signe une Note d'information légale, par laquelle il autorise le partage d'informations le concernant, et qui l'informe de ses droits d'accès au DPP. **La restriction de l'inclusion des patients à la création d'un DPP peut constituer un frein aux inclusions dans un contexte où les professionnels utilisent peu le DPP et, notamment, créent peu de dossiers (cf. infra).**

2.1.3. L'équipe de coordination et les intervenants professionnels

L'équipe salariée est composée de 5 personnes, qui occupent 6 postes :

- **Un poste de directrice**, occupé à hauteur de **0,5 ETP** par une des 3 chefs de projet.
- **3 postes de chefs de projet, soit 2,5 ETP.** Deux des chefs de projet étaient spécialisés par réseau thématique avant février 2009, le troisième occupant une fonction transversale de développement des adhésions et du système d'information. Les nouvelles fiches de poste publiées en décembre 2008 positionnent désormais les 3 chefs de projet sur des missions transversales de conduite de projet et de développement des réseaux (nombre d'adhérents, utilisation du DPP et des outils...).
 - Cette nouvelle organisation est conforme à une démarche de fusion des deux réseaux thématiques.
 - Cependant, nous n'avons pas pu vérifier la réalité de ce positionnement transversal des chefs de projet.
- **2 postes de coordination administrative.** Au moment du lancement de l'évaluation, chaque coordinatrice consacrait environ la moitié de son temps à l'organisation des formations-coordinations proposées par les deux réseaux. La répartition de l'organisation des formations est géographique (chaque coordinatrice gère la moitié des bassins de vie de la région) et non thématique, ce qui est conforme à une logique de fonctionnement mutualisé. L'autre moitié du

temps était consacrée à de la gestion administrative : comptabilité pour l'une des deux coordinatrices, vie associative pour l'autre. La nouvelle fiche de poste, commune aux deux coordinatrices, ne reflète pas cette spécialisation des tâches.

Depuis la création du réseau, l'équipe de coordination s'est élargie de manière continue pour faire face à la montée en charge de l'activité :

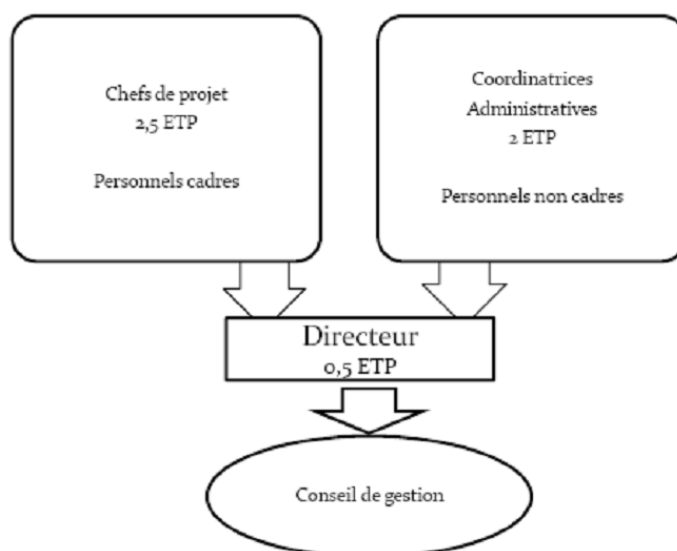
- Recrutement de Mme Delaplanque (chef de projet ADDICA, aujourd'hui directrice du réseau) en janvier 2004 ;
- Recrutement de Mme Simon (chef de projet CARÉDIAB) en janvier 2005 ;
- Recrutement de Mme Herbin (coordinatrice administrative et comptable) en novembre 2005 ;
- Recrutement de M. Birebent (chef de projet transversal) en janvier 2007 ;
- Recrutement de Mme Painvin (coordinatrice administrative et chargée de vie associative) en septembre 2007.

Cet effectif nous semble suffisant pour assumer la coordination du réseau.

Le réseau indemnise, en outre, des professionnels de santé qui jouent le rôle de **coordonnateurs départementaux** dans leur zone d'exercice. Ils ont pour mission de promouvoir le réseau et ses outils, sur le terrain. Le réseau ADDICA bénéficie ainsi de 4 coordonnateurs (un par département) rémunérés 7,5 C par demi-journée, à hauteur de 4 demi-journées par mois. Le réseau CARÉDIAB bénéficie de coordonnateurs dans deux départements (l'Aube et la Marne).

Les salariés disposent tous d'une fiche de poste et d'un contrat de travail formalisé.

Le circuit hiérarchique est le suivant (organigramme ci-après) :

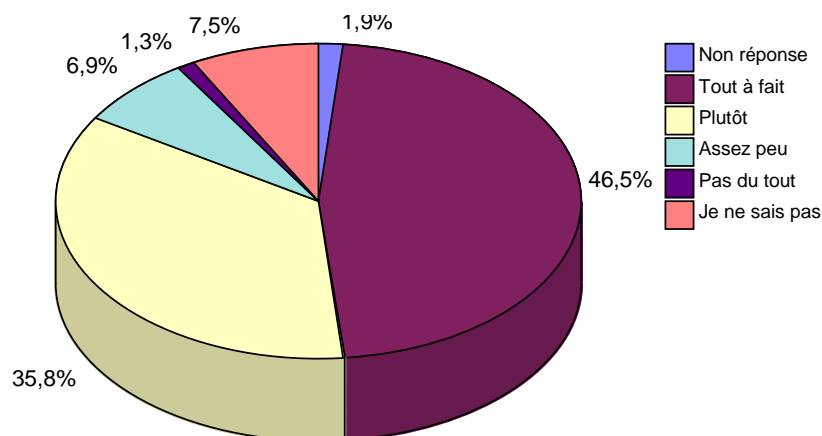


La coordination au sein de l'équipe salariée est bonne. L'équipe se réunit une fois par semaine pour discuter des projets en cours et se coordonner ; au cours de la semaine, les salariés font état de nombreux contacts individuels. Parallèlement, les activités de chacun sont retranscrites dans des tableaux de bord (tableau d'activité, tableau d'organisation des formations...). En outre, une réunion de projet et une réunion de direction sont organisées tous les 2 mois avec les 2 présidents du réseau. Selon les personnels, les relations au sein de l'équipe sont bonnes. **La fusion a permis de clarifier le circuit hiérarchique**, avec la création d'un poste de directeur auquel se réfèrent directement les autres salariés, ce qui est apprécié.

Cependant, on peut regretter la situation du poste de direction, aujourd'hui assumé à mi-temps par une salariée qui occupe en parallèle un poste à situation hiérarchique inférieure. Ce positionnement ambigu, certes assumé sans difficulté pour l'instant par la salariée concernée et par ses collaborateurs, pourrait être amélioré par la création d'un poste de direction à part entière (1 ETP).

Dans le cadre de l'enquête qualitative menée par Eliane Conseil, 82% des professionnels interrogés se sont déclarés satisfaits voire très satisfaits de leurs relations avec l'équipe de coordination :

Etes-vous satisfaits des relations entre vous et l'équipe du réseau ? (Professionnels)



2.1.4. Des actions pluridisciplinaires

Le Réseau régional addictions, précarité et diabète de Champagne-Ardenne assure :

- des **sessions de formation-coordination** auprès des professionnels des secteurs sanitaires et sociaux (cf. paragraphe 2.2.2 infra) ;
- la **promotion** du réseau et de son outil DPP auprès des professionnels de la région, réalisée par les salariés de l'équipe de coordination et par les coordonnateurs départementaux, des professionnels de santé qui perçoivent une indemnité pour cette action ;
- la mise à disposition des professionnels **d'outils de coordination et de communication pluri professionnelle, d'aide et d'évaluation des pratiques** (DPP, messagerie sécurisée et son annuaire, télé-expertises thématiques, guides de bonnes pratiques et référentiels en ligne) ;
- **la mise en place de prestations dérogatoires pour les patients :**
 - Aide à l'arrêt du tabac pour les patients précaires, et orientation vers des consultations de psychologue et de diététicien dans des centres partenaires, pour les patients fumeurs qui souhaitent arrêter ;
 - Dépistage de la rétinopathie, prise en charge de prestations podologiques pour les patients diabétiques (cette dernière prestation dérogatoire ayant pris fin au 31/12/08 jusqu'à nouvel ordre), et orientation vers les centres d'éducation thérapeutique partenaires ;
- **la mise en place de prestations dérogatoires pour les professionnels :**
 - Forfait de création (25 €) et forfait annuel de suivi du DPP Addictions – précarité (35 €, versés si le professionnel a rempli au moins deux bilans de l'Addiction dans le DPP du patient, sur les 12 mois écoulés) ;
 - Forfait annuel de suivi pour les patients diabétiques (versé lors de la publication du bilan annuel finalisé dans le DPP du patient) instauré à partir de début 2009.

Ces actions et leurs effets sont analysés plus finement dans la suite de ce rapport.

2.1.5. Les procédures

A l'issue des premières démarches d'évaluation externe, ADDICA et CARÉDIAB ont mis en place une Démarche Qualité, qui s'est assortie d'une révision et d'une mise en cohérence des procédures.

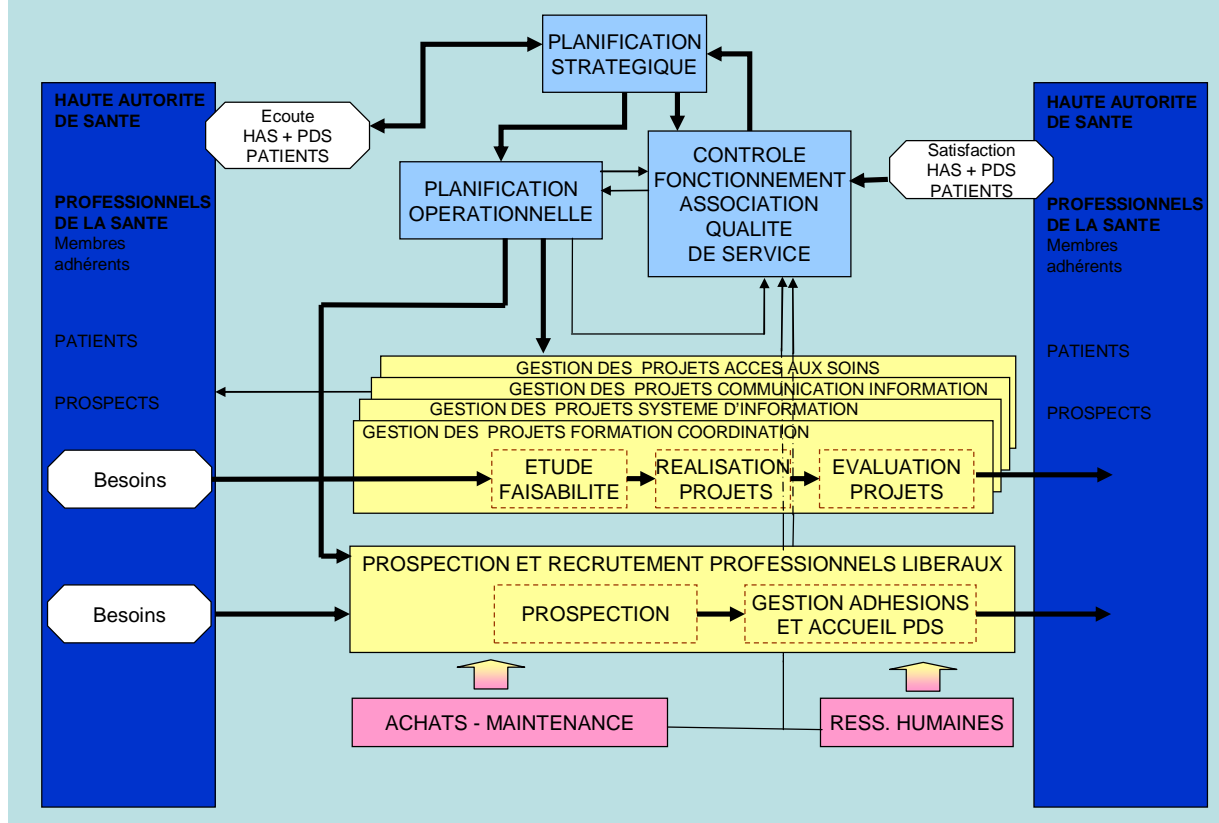
La Démarche Qualité a abouti à la réalisation d'une cartographie complète des processus qui caractérisent le réseau (cf. infra), ces derniers étant répartis en 3 thématiques :

- Le processus de direction :
 - o planification stratégique
 - o planification opérationnelle
 - o contrôle de la gestion et de la qualité

- Le processus de réalisation :
 - o Prospection et recrutement des professionnels
 - o Accès aux soins
 - o Information et communication
 - o Système d'information
 - o Formation coordination

- Le processus de supports :
 - o Achats
 - o Maintenance

Cartographie des processus – ADDICA - CARÉDIAB



L'implication du réseau dans une démarche qualité est, en soi, une initiative rare dans ce type de structure. En outre, **la démarche entreprise par le réseau a permis d'aboutir à une réelle remise à plat des procédures et des processus**. Le réseau a ainsi pu répondre aux nécessités qui avaient déterminé le recours à une Démarche Qualité : pérenniser les fonctionnements face au turn-over des personnels, et permettre aux salariés de fonctionner de manière réellement autonome grâce à des outils de mise en œuvre et de suivi de leurs actions.

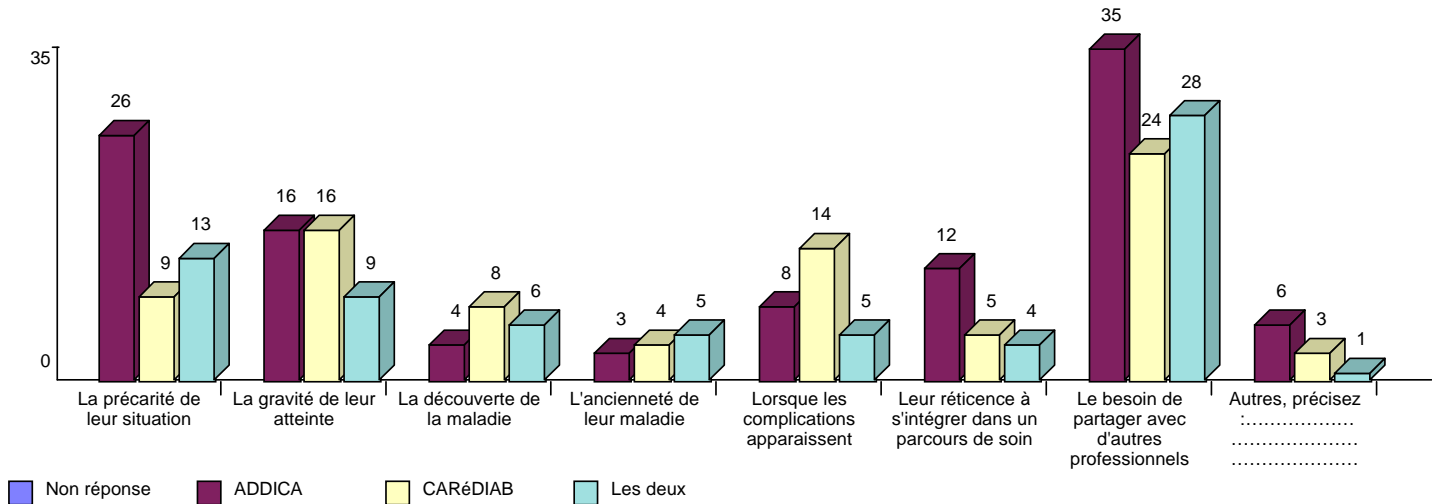
La **procédure d'inclusion des patients** dans le réseau est effectuée par les professionnels. Ils informent le patient, lui font signer la Note d'Information ainsi que la Charte Qualité du réseau concerné, et créent le DPP.

Les motifs d'inclusion correspondent aux objectifs affichés par chaque réseau thématique. En effet, d'après le graphique ci-dessous (qui croise les motifs d'inclusion des patients par les professionnels, avec le réseau auquel ces derniers adhèrent) :

- Le motif d'inclusion principal mentionné par les professionnels ayant répondu à l'enquête est **le besoin de partager avec d'autres professionnels** (toutes thématiques confondues)

- Ensuite vient la précarité de la situation du patient (pour la thématique addictions-précarité) ou l'apparition de complications (pour le diabète)
- La gravité de l'atteinte du patient est le 3^e motif d'inclusion (toutes thématiques confondues).

Quels motifs/stades concernant la santé des patients vous pousse à les orienter vers le réseau correspondant ? (plusieurs réponses possibles)



L'adhésion des professionnels est formalisée par la signature de la **charte** de chaque réseau, qu'ils renvoient à l'équipe de coordination. L'adhésion leur permet en particulier d'accéder à l'outil DPP.

Outre les procédures d'inclusion des patients et des professionnels, l'équipe de coordination applique des procédures quotidiennes d'organisation d'activité et de suivi des projets. Le suivi de l'activité s'appuie sur l'utilisation d'un système d'information conçu spécialement pour remplir cette fonction, comprenant des tableaux de bord et d'autres outils statistiques.

Ces documents s'avèrent assez fonctionnels. Ils offrent à l'équipe du réseau des outils de coordination interne et une bonne visibilité sur leur activité.

2.1.6. La communication

Le réseau a mis en place différentes stratégies de communication.

La communication à l'attention des membres du réseau

Une campagne destinée à encourager l'adhésion des médecins généralistes a été menée avec succès en 2007 et 2008 par le chef de projet alors chargé du développement, M. Birebent. Cette campagne s'est appuyée sur des contacts téléphoniques et des déplacements dans les cabinets médicaux.

En 2007 :

- 134 médecins généralistes ont été contactés par téléphone au titre de CARÉDIAB, 218 au titre d'ADDICA ;
- 103 MG ont été démarchés physiquement - par déplacement dans leur cabinet - pour CARÉDIAB, 146 pour ADDICA.

La comparaison entre le nombre d'appels effectués et le résultat obtenu permet de constater qu'il faut en moyenne un à deux appels pour obtenir l'adhésion d'un professionnel à un réseau, deux à trois appels pour obtenir l'adhésion aux deux réseaux.

Par ailleurs, les deux réseaux diffusaient chaque année 3 à 4 lettres d'information chacun. Depuis la fusion, ils diffusent une **lettre d'information commune, chaque trimestre**. La lettre permet d'informer les membres du réseau sur la vie de l'association, les activités organisées et les services ou outils mis à la disposition des professionnels et des patients.

Le réseau CARÉDIAB participe à la publication de **Glucolignes, revue d'information régionale des patients diabétiques**, avec l'association des patients diabétiques champardennais ARCAD. Il diffuse également la lettre élaborée par le réseau UTOPIE (réseau de prévention des risques cardiovasculaires).

De même, les deux réseaux communiquent par le biais de **mailings** et d'**e-mailings**. Les deux réseaux relaient également, via les e-mailings, des études et documents qui paraissent dans la presse spécialisée et sur les sites Internet certifiés.

Les réseaux publient leurs **propres guides d'information et de bonne pratique, qui sont disponibles en ligne** :

- Guides Hépatite C, Tabac, Alcool ;

- Plaquette sur le Repérage et l'intervention brève en alcoologie (RPIB), intitulée « Quelques minutes de plus, quelques verres de moins » ;
- Guide des mouvements d'entraide en alcoologie ;
- Plaquette de présentation du système d'information aux professionnels
- Plaquette sur le dépistage de la rétinopathie.

Par ailleurs, les deux réseaux font régulièrement l'objet d'articles dans des revues médicales (Le Quotidien du Médecin, La Revue des Addictions...) ou dans la presse grand public ; ces articles sont mis en ligne dans la rubrique « **Revue de Presse** » sur le site Internet de chaque réseau.

Le réseau ADDICA a servi de support à six **mémoires de recherche** publiés entre 2007 et 2009, sur la prise en charge de l'addiction dans le cadre d'un réseau de santé. Deux salariées du réseau ont par ailleurs engagé une démarche de formation continue qui devrait les conduire à publier un mémoire.

La communication à l'attention du grand public

Elle passe par la diffusion d'une **plaquette d'information** sur chaque réseau, élaborée respectivement en 2005 pour les addictions et en 2006 pour le diabète. Le réseau CARÉDIAB participe également, avec l'UTEP, à l'organisation d'événements à l'occasion de la **Journée Mondiale du Diabète**.

Chaque réseau dispose de même d'un **site Internet propre** certifié HON, accessible au public, qui présente l'organisation et les prestations du réseau et qui est réactualisé une fois par mois.

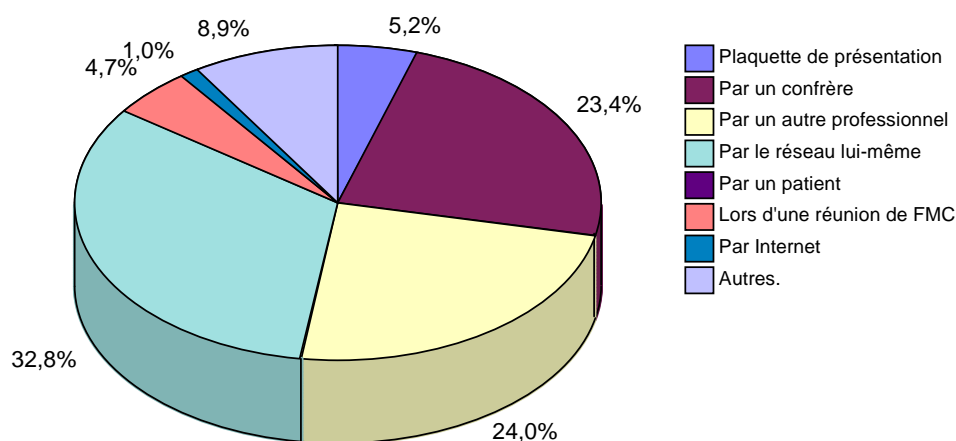
- Chaque site offre un accès à la plateforme DPP des deux réseaux (une interface est prévue) et aux outils de partage (télé-expertise, messagerie sécurisée), accès réservé aux professionnels ;
- Les sites publics contiennent également de nombreux documents sur la vie de chaque réseau : revues de presse, derniers exemplaires de la lettre réseau, conventions signées par chaque réseau, ainsi que les rapports d'évaluation externe ;
- Les deux sites proposent également des supports de bonne pratique (référentiels officiels, par exemple) ainsi que des adresses utiles ;
- Enfin, le site d'ADDICA propose des tests en ligne pour mesurer son niveau de dépendance à certains produits.

La dualité des vitrines Internet des deux réseaux est peu compatible avec une démarche de mutualisation et de fusion de ces derniers. Le réseau, qui en est conscient, envisage une mutualisation dans le cadre du basculement vers la plateforme régionale SISCA.

L'enquête menée par Eliane Conseil fin 2008 fait apparaître que **la stratégie de communication multi-canal du réseau a porté ses fruits** (cf. graphique ci-dessous) :

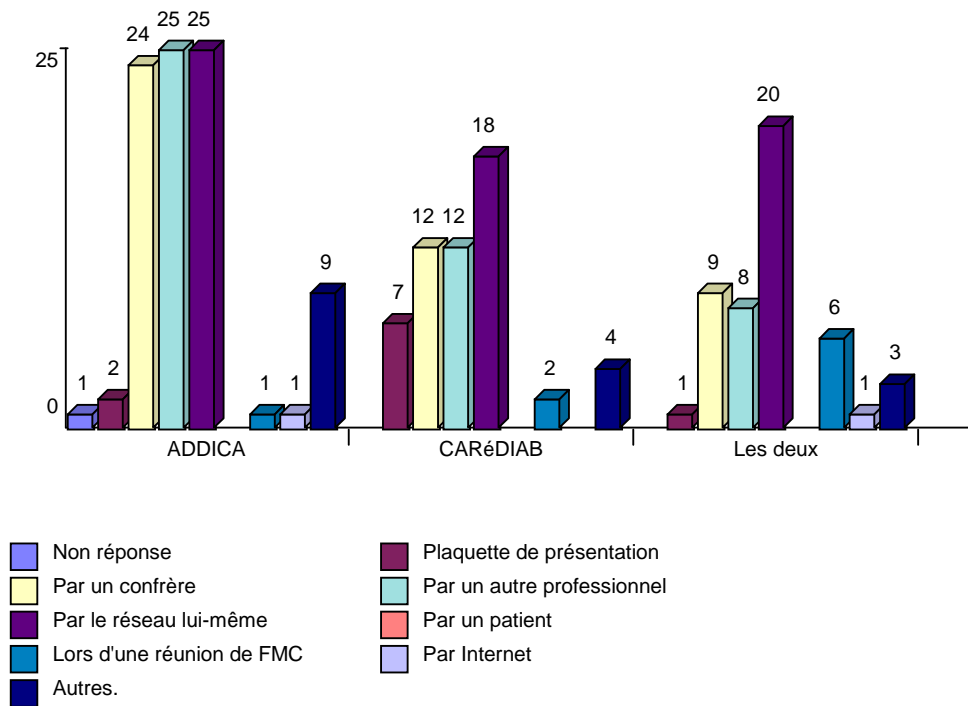
- **Près de 44% des professionnels ont pris connaissance du réseau à travers ses supports, ses formations et ses campagnes de communication ;**
- 47% des professionnels sont entrés en contact avec le réseau sur les conseils d'autres professionnels ;
- Parmi les professionnels restants (9%) la plupart ont mentionné que l'adhésion avait été encouragée par la structure qui les emploie : les conventions de partenariat ont donc également permis de faire progresser les adhésions.

Comment avez-vous connu le réseau ? (Professionnels)



La dynamique d'attraction horizontale (entre professionnels membres du réseau et professionnels extérieurs) fonctionne donc bien, surtout pour le réseau ADDICA en raison d'une tradition de « cooptation » des membres, qui a disparu des statuts mais se fait encore sentir aujourd'hui (cf. graphique ci-après, où le mode de connaissance de l'existence du réseau apparaît clairement différent selon le réseau concerné).

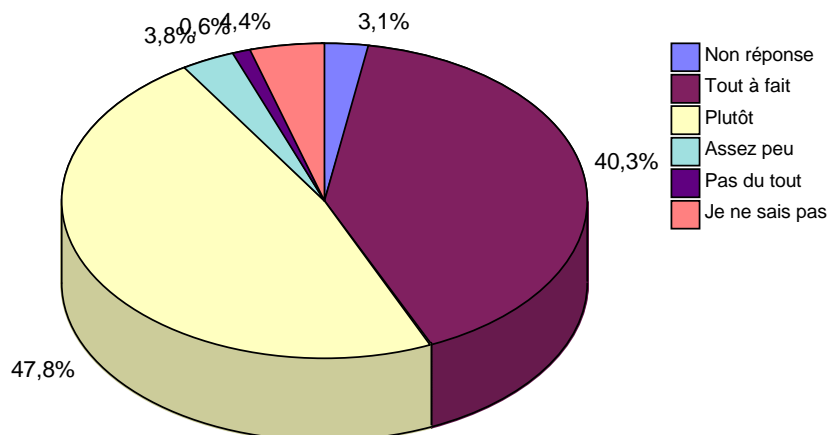
Comment avez-vous connu le réseau ? (Réponses en effectifs)



En revanche, le réseau **ne s'appuie pas sur les patients comme levier de communication et d'attraction des professionnels** (en cohérence avec sa stratégie et son positionnement). Aucun des professionnels ayant répondu à l'enquête n'a en effet mentionné le patient comme l'origine de son information sur le réseau.

Notons que, **88% des professionnels** ayant répondu à l'enquête s'estiment **satisfaits voire très satisfaits des outils de communication du réseau** :

Etes-vous satisfait des outils d'information et de communication (plaquettes, lettre du réseau, site internet public) proposés par le réseau ?



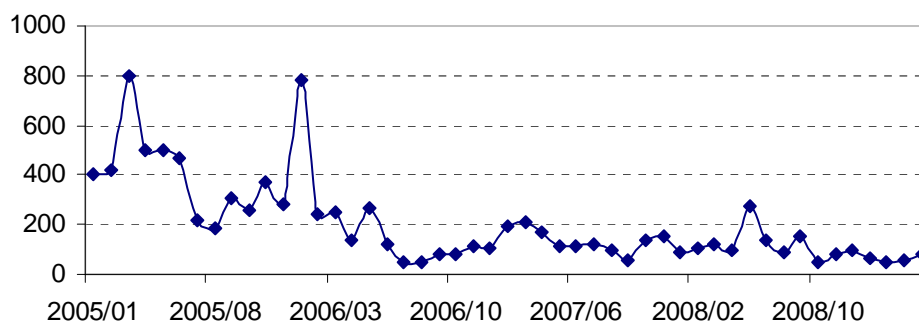
2.1.7. Le système d'information

Le réseau régional addictions, précarité et diabète de Champagne-Ardenne utilise deux systèmes d'information distincts.

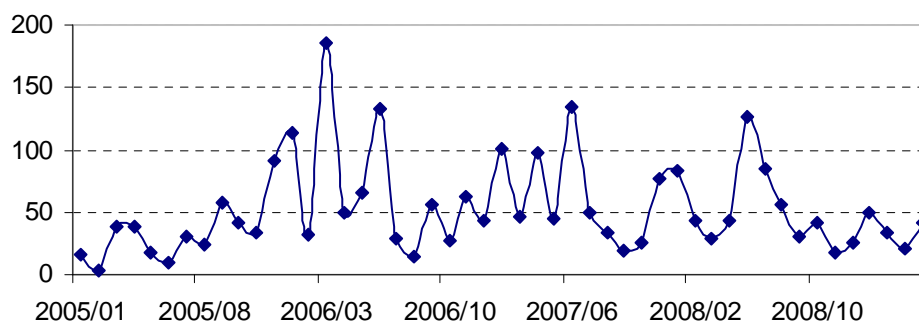
- Le premier est à usage interne : il permet, à partir d'un logiciel spécifiquement développé pour cet usage, le suivi des activités réalisées par l'équipe de coordination ;
- Le second est pour les professionnels : il héberge la plate-forme de DPP de chaque réseau, l'annuaire, la messagerie sécurisée, et les télé-expertises thématiques.

L'annuaire permet à un professionnel signataire de la charte du réseau d'accéder à la liste des autres professionnels signataires, avec lesquels il pourra échanger en toute confidentialité grâce à une **messagerie sécurisée**. Cette messagerie est aujourd'hui sous-utilisée (cf. graphiques ci-après ; les échelles des ordonnées sont différentes), en raison de la concurrence directe de la messagerie APICRYPT, dont la promotion est assurée par l'URML Champagne-Ardenne.

Evolution des connexions sur la messagerie sécurisée ADDICA, 2005 - 2009



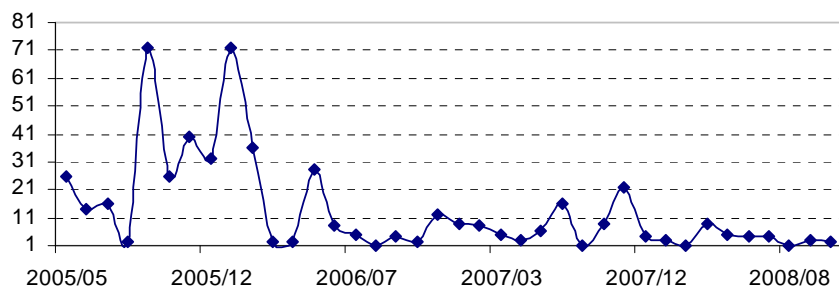
Evolution des connexions sur la messagerie sécurisée CARéDIAB, 2005 - 2009



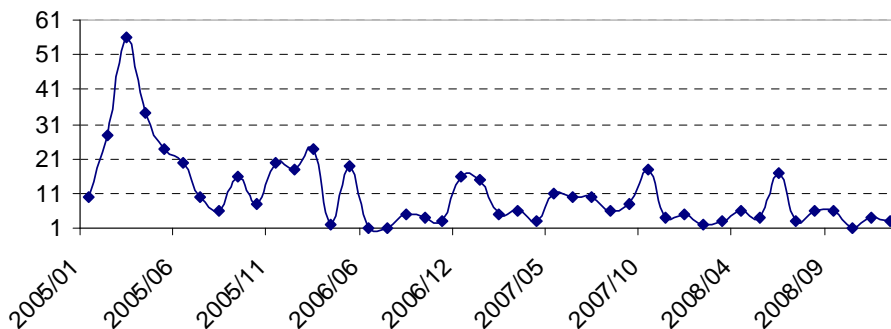
Les **télé-expertises thématiques** permettent aux professionnels signataires de recevoir un avis d'expert sur un problème rencontré dans le suivi d'un patient. Les professionnels décrivent le problème rencontré dans un formulaire et reçoivent une réponse sous 24 à 48 heures. Il existe 6 télé-expertises différentes : Alcool, Drogues Illicites, Hépatite, Tabacologique, Diabète et télé-expertise Sociale.

Elles sont également très peu mobilisées (cf. graphiques ci-après). Cette faible mobilisation s'explique certes par la nature de l'outil (il s'agit d'une demande d'expertise sur des questions complexes de prise en charge, nécessairement marginales par rapport à l'activité normale des professionnels demandeurs) mais aussi par sa faible accessibilité sur le site professionnel des réseaux. Il faut de nombreux clics et le remplissage d'un formulaire à plusieurs niveaux (arbre décisionnel) avant de pouvoir poser sa question.

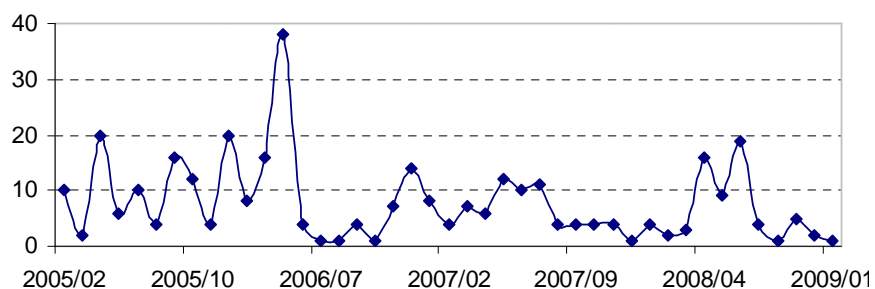
Evolution des connexions sur la télé-expertise sociale, 2005 - 2009



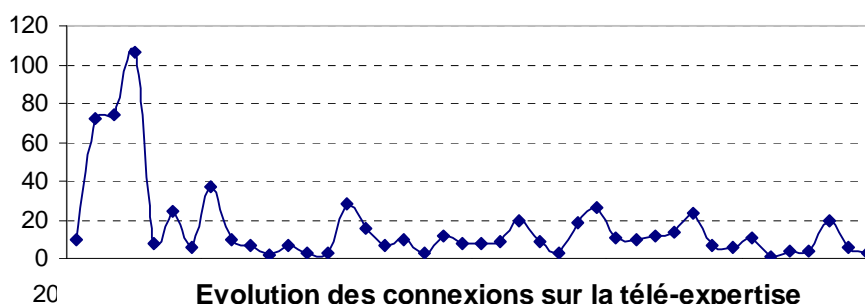
Evolution des connexions sur la télé-expertise Tabac, 2005 - 2009



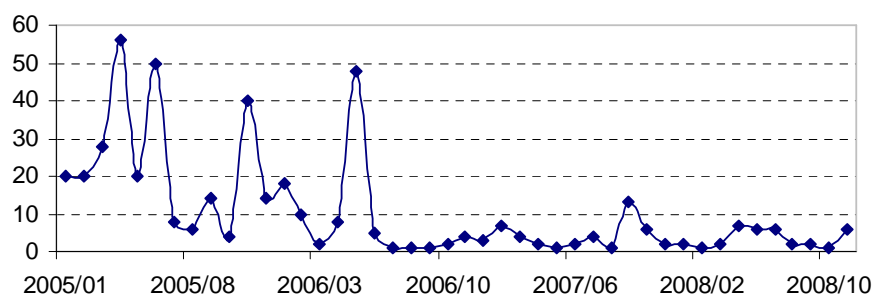
Evolution des connexions sur la télé-expertise Drogues Illicites, 2005 - 2009



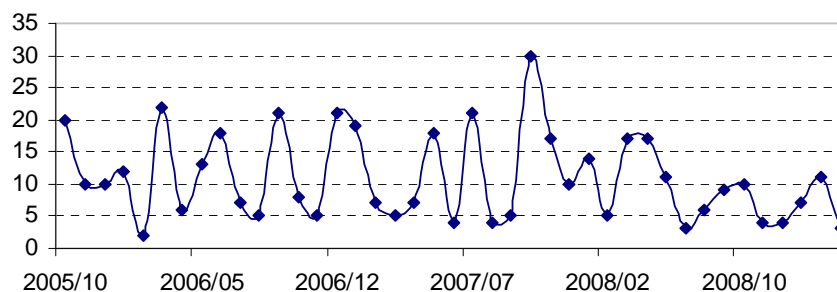
Evolution des connexions sur la télé-expertise Alcool, 2005 - 2009



Evolution des connexions sur la télé-expertise Hépatite C, 2005 - 2009



Evolution des connexions sur la télé-expertise diabète, 2005 - 2009



Le réseau ADDICA a mis un **Dossier Patient Partagé** à disposition des professionnels (mise en ligne sur un site à accès sécurisé) dès 2002. Le réseau CARÉDIAB a pu mettre le sien en ligne en janvier 2006. La structure du DPP de CARÉDIAB est fortement inspirée de celle du DPP ADDICA.

La plateforme DPP propose :

- Des référentiels de suivi ;
- Des modules de simulation pour former les professionnels à l'utilisation du DPP ;
- La création d'un DPP ;
- La consultation et/ou la modification de DPP existants.

Un professionnel peut ouvrir un dossier pour un patient sans l'accord formel de ce dernier ; cependant, le dossier n'est partagé avec d'autres professionnels qu'une fois que le patient a signé la Note d'Information et qu'il a indiqué à quels professionnels il souhaite rendre son DPP accessible.

L'outil DPP permet à un professionnel qui y accède :

- de réaliser différents bilans en ligne de la situation du patient, qui sont accessibles aux autres professionnels (en lecture seule ou pour être modifiés, selon les cas) ;
- de prévoir les échéances de suivi du patient dans le temps (système de rappels automatiques pour signaler, par exemple, la nécessité de réaliser un nouvel examen de contrôle, ou de fixer une consultation) ;
- de « contrôler » le parcours du patient entre deux consultations (examens réalisés, consultations ayant donné lieu à des bilans ou comptes-rendus chez d'autres professionnels, etc.).

Malgré ces nombreuses fonctionnalités, **très peu de professionnels créent des DPP pour les patients sur la plate-forme :**

- seuls 40% des professionnels utilisant le DPP ADDICA ont réellement créé au moins un DPP pour un patient (dont 75% ont créé moins de 5 DPP au total), sachant que **84% des DPP** ont été créés par **12 professionnels** ;
- seuls 39% des professionnels utilisant le DPP CARÉDIAB ont réellement créé au moins un DPP pour un patient (dont 68% ont créé moins de 5 DPP), sachant que **76% des DPP** ont été créés par **15 professionnels**.

La variété et la richesse des outils de partage proposés aux professionnels par le réseau régional addictions, précarité et diabète positionnent ce réseau à l'avant-garde des réseaux de santé. **Cependant, comme exposé plus haut, le réseau rencontre de nombreuses difficultés pour amener les professionnels à utiliser ces outils** (cf. parties 3 et 4 du présent rapport, qui mettent en évidence l'absence de remplissage régulier et exhaustif du DPP par les rares professionnels qui l'utilisent).

Par ailleurs, **les systèmes d'information de l'ensemble des réseaux de santé de la région Champagne-Ardenne ont vocation à migrer vers une plateforme commune (SISCA)**. Un des objectifs de cette migration, supervisée par le GIP CPS, est de faciliter l'utilisation d'un dossier partagé par les professionnels de santé - ces derniers n'ayant plus à remplir et consulter autant de dossiers qu'il existe de thématiques. Cependant, dans la mesure où les difficultés d'utilisation du DPP par les professionnels concernent aujourd'hui essentiellement leur pratique du suivi du patient et leur équipement informatique, **la mise en place d'un DPP commun à tous les réseaux**

n'entraînera pas nécessairement, à court terme, l'utilisation massive de cette solution par les professionnels de la région. C'est pourquoi il est important que le réseau élargisse sa perspective, en développant une stratégie moins centrée sur l'outil informatique de partage, mais qui intègre cet outil dans une gamme de solutions complémentaires, toutes mises au service de la prise en charge du patient.

2.1.8. L'évolution du fonctionnement

Le réseau régional a su évoluer, notamment depuis sa dernière évaluation externe. En effet, ADDICA comme CARÉDIAB ont mis en œuvre en 2007 et 2008 des actions dans le cadre des recommandations émises par le précédent rapport d'évaluation externe, remis en 2006.

Les recommandations des évaluateurs étaient les suivantes :

- Améliorer la prise en compte de la précarité dans le réseau ADDICA
 - o Augmenter les formations-coordinations sur ce thème :
 - ☞ *Le réseau s'est fixé pour objectif d'organiser une formation par an en direction des travailleurs sociaux, et a effectivement organisé une formation en 2007 et une en février 2009.*
 - o Faire adhérer davantage de professionnels du secteur social.
 - ☞ *Le nombre de travailleurs sociaux signataires de la charte du réseau a triplé pour ADDICA entre 2005 et 2008, atteignant 22% des effectifs de professionnels signataires.*
 - o Diffuser la télé-expertise sociale.
 - ☞ *Malgré les actions de sensibilisation menées par le réseau, auprès des services sociaux des Conseils Généraux notamment, l'utilisation de la télé-expertise sociale n'a pas augmenté depuis 2006, bien au contraire (cf. graphique supra).*
- Améliorer l'implication des institutions :
 - ☞ *Les deux réseaux ont mené une politique de conventionnement avec de nombreux centres de soins et des institutions telles que les conseils généraux. Dans certains cas, comme avec le CHU de Reims, le partenariat a abouti à un interfaçage des dossiers informatisés du CH avec le DPP du réseau.*

- Améliorer l'implication de l'ARH et de l'URCAM :
 - ☞ *La MRS a nommé en 2008 une responsable de la relation avec les réseaux, dont le bureau est situé à la Clinique de Champagne. L'équipe de coordination du réseau la rencontre régulièrement.*

- Améliorer l'usage du DPP.
 - o Simplifier les fiches du DPP ADDICA.
 - ☞ *De nouvelles fiches, mises au point par un groupe de travail de professionnels, sont en ligne depuis septembre 2007*

 - o Organiser une formation permanente à l'utilisation du DPP.
 - ☞ *Les réseaux ont organisé, au total, 29 mini-sessions en 2007 (dont 20 communes aux deux réseaux) et 23 en 2008 (dont 18 communes aux deux réseaux), auxquelles s'ajoutent les sessions de formation individuelle réalisée par M. Birebent directement au cabinet du médecin généraliste (57 sessions en 2007 au titre de CARÉDIAB et 51 au titre d'ADDICA)*

 - o Améliorer l'accès du patient à son DPP :
 - ☞ *La Note d'Information Patient pour ADDICA a été réécrite afin de faciliter la compréhension par le patient*

 - o Promouvoir la culture du partage :
 - ☞ *Le système d'information du réseau est mentionné dans les formations-coordination portant sur d'autres thèmes.*

- Améliorer le fonctionnement du réseau.
 - o Fusionner les deux réseaux mutualisés
 - ☞ *La fusion a pris effet en avril 2008*

 - o Développer les compétences des salariés
 - ☞ *Un plan de formation a été élaboré en 2007 et mis en œuvre entre 2007 et 2008. Mme Simon est en cours de validation d'une formation diplômante à bac + 5 et Mme Delaplanque a validé un mastère en 2004 et un DIU Education Thérapeutique du patient en décembre 2008, dans le cadre de la formation professionnelle continue. Une Valorisation des Acquis de l'Expérience a été mise en œuvre pour une coordinatrice administrative*

- Développer la conduite de projet en interne
 - ☞ Les chefs de projet des deux réseaux ont suivi une formation-action commune, pour concevoir et mettre en œuvre une Démarche Qualité. Cette formation a abouti à une cartographie des processus du réseau et à un manuel de la Démarche Qualité. Les fiches de poste ont également été revues début 2009 pour positionner les chefs de projet sur des projets transversaux à ADDICA et CARÉDIAB, et non des projets thématiques.

Au total, **les deux réseaux thématiques ont beaucoup évolué ces trois dernières années et répondu à la plupart des recommandations figurant dans la précédente évaluation externe.**

Certaines problématiques, qui étaient soulignées dans les rapports d'évaluation précédents, restent cependant d'actualité :

- Le nombre d'utilisateurs du DPP parmi les professionnels signataires de la charte du réseau est encore insuffisant, même si ce nombre a progressé continuellement en 3 ans ;
- De même, le travail de sensibilisation des institutions à l'usage du DPP doit être poursuivi ;
- Plus largement, de nombreux outils du système d'information sont encore sous-utilisés, ce qui pose la question de leur notoriété voire de leur pertinence au regard de la pratique des professionnels.

2.2. Le réseau dans son environnement

2.2.1. Les partenariats

Les partenariats mis en place

Le réseau ADDICA a développé des partenariats formalisés avec 32 structures et/ou services, liés à son activité :

- Des **établissements de soins** :
 - 3 centres hospitaliers (le CHU de Reims et le CH de Sainte Menehould dans la Marne, le CH de Belair dans les Ardennes – notamment son Equipe de Liaison Toxicomanie) ;
 - Les Centres d'Examen de Santé de la CPAM des Ardennes ;
 - L'Etablissement Public de Santé de la Marne (EPSDM) ;
 - Le CAST (Centre d'Accueil et de Soins aux Toxicomanes) de Reims ;
 - Les CCAA (Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie) de la Marne.

- **Des services et associations en lien avec la prise en charge des addictions ou des publics précaires** :
 - Les Conseils Généraux de la Marne et des Ardennes ;
 - L'AAST (Association Accueil et Soins aux Toxicomanes) des Ardennes ;
 - Le Réseau régional de Périnatalité de Champagne-Ardenne ;
 - L'antenne de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) en Champagne-Ardenne et ses antennes dans chaque département (Aube, Ardennes, Marne, Haute-Marne) ;
 - Le Réseau aubois d'addictologie (ELISEA);
 - La Direction Départementale de Protection Judiciaire de la Jeunesse (DDPJJ) de la Marne ;
 - La Mutualité Française de Champagne-Ardenne, qui participe aux actions d'ADDICA dans la Marne et l'Aube ;
 - Le PEPS d'Epernay dans la Marne, qui a pour rôle d'informer les personnes présentant des comportements à risque ;
 - Le CODES (Comité Départemental d'Education pour la Santé) des Ardennes ;
 - Le Réseau Santé Précarité de Reims ;
 - L'Association SOS Hépatites Champagne-Ardenne, basée en Haute-Marne ;

- Le réseau de santé UTOPIE, qui vise les pathologies cardiovasculaires en Champagne-Ardenne.
- **Des structures qui favorisent les échanges entre acteurs de santé publique :**
 - Le CIRDD Champagne-Ardenne ;
 - Le GIP CPS ;
 - Le GCS SISCA (Systèmes d'Information de Santé en Champagne Ardenne)
 - Le Pôle Ressource National – Médecine générale et conduites addictives ;
- **Une organisation de représentants des professionnels :**
 - L'ALPS (Association Locale des Professionnels de Santé) de la Marne.

Le réseau ADDICA entretient également des **liens informels** avec de nombreuses autres structures, parmi lesquelles nous avons pu interroger :

- Le Conseil Général de l'Aube ;
- Le CH de Manchester ;
- L'Association La Passerelle (accueil des publics précaires).

Le réseau CARÉDIAB recense pour sa part 18 conventions partenariales (à la date d'élaboration du présent rapport) :

- Il a passé des conventions avec moins d'**établissements de soins** :
 - Le CHU de Reims, le CH de Manchester, de Saint-Dizier, de Troyes et de Sainte Menehould ;
 - Les Centres d'Examens de Santé de la CPAM des Ardennes ;
 - Trois Centres de soins de la Marne.
- Il est également conventionné avec des **structures en lien avec les problématiques de santé ou le public auxquels le réseau s'adresse** :
 - La Mutualité Française de l'Aube et de la Marne ;
 - L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire ;
 - Le Réseau de santé UTOPIE (pathologies cardiovasculaires) de Champagne-Ardenne ;
 - L'association PAPRICA (Pour une Amélioration de la Prise en charge des Rhumatismes Inflammatoires en Champagne-Ardenne)
 - L'UTEP (Unité Transversale d'Education du Patient) du CHU de Reims ;
 - La Maison de la Nutrition Cœur Obésité Diabète de Champagne-Ardenne.

- **Il a passé convention avec une organisation de représentants des professionnels :**
 - L'ALPS (Association Locale des Professionnels de Santé) de la Marne.

- **Il travaille en lien avec une structure qui favorise les mutualisations entre les réseaux :**
 - Le GCS SISCA (Systèmes d'Information de Santé en Champagne Ardenne)

Enfin, le réseau CARÉDIAB entretient, au même titre que le réseau ADDICA, des liens informels avec un certain nombre de structures.

Les deux réseaux n'ont donc pas mis en commun tous leurs partenaires. **Or, si certains partenariats sont nécessairement propres à une thématique de santé, d'autres pourraient concerner le Réseau Régional Addictions, Précarité, Diabète dans son ensemble** (la liste ci-après est présentée à titre indicatif, elle n'est pas exhaustive) :

- Le Réseau régional Périnatalité de Champagne-Ardenne
- Les CODES de chaque département (notamment celui des Ardennes, avec lequel ADDICA a déjà passé convention)
- L'EPSDM...

Par ailleurs, les deux réseaux (ADDICA et CARÉDIAB) sont régulièrement représentés dans différentes instances nationales et régionales :

- Le réseau ADDICA participe à des groupes de réflexion et de pilotage :
 - GMSIH : participation au rapport sur les systèmes d'information en matière de coordination des soins ;
 - DHOS : participation au groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation des réseaux addictions (élaboration d'un cahier des charges) ;
 - PRSP : participation au GTR PRAPS.

- Le réseau CARÉDIAB participe également à différentes instances :
 - ANCRED : Valérie Simon est membre du Conseil d'Administration et participe aux travaux menés au niveau national ;
 - Collectif « Journée Mondiale du Diabète » : Valérie Simon coordonne les travaux du collectif avec l'UTEP pour l'organisation de cette journée ;
 - GTR « éducation du patient » : Valérie Simon participe au travail d'élaboration des objectifs pour les fiches thématiques de l'appel à projet GRSP.

- Les deux réseaux sont représentés dans les organismes suivants :
 - o GCS SISCA : le Dr Adjizian, président de CARÉDIAB, a participé à la mise en place du GCS et suit les travaux de ses instances ; le Dr Roua, président de l'association Réseau(x) de Santé Addictions, Précarité et Diabète de Champagne-Ardenne, est suppléant du représentant des réseaux au GCS SISCA ; Mme Delaplanque participe aux travaux du comité technique du GCS SISCA, au sein duquel elle assure la représentation officielle de l'ensemble des réseaux de santé de la région, tâche qui s'ajoute à son rôle au sein de l'association Réseau(x) ;
 - o Coordination régionale des réseaux de santé de Champagne Ardenne ;
 - o GIP DMP : appels à projet régionaux et coordination locale ;
 - o Comité de pilotage du CIRDD.

Un bon nombre de ces structures ont été interrogées dans le cadre d'une enquête réalisée par Eliane Conseil. **Cette enquête a fait apparaître un bon fonctionnement des partenariats avec l'équipe du réseau :**

- les contacts sont réguliers et de bonne qualité ;
- les partenaires interrogés reconnaissent que l'existence du réseau permet de créer des échanges pluriprofessionnels et pluridisciplinaires sur un territoire ;
- Ils sont généralement satisfaits des formations proposées et de l'information délivrée par le réseau.

Cependant, **les partenaires interrogés ont identifié quelques axes de progrès** pour la prochaine période de financement du réseau :

- ils souhaitent que le réseau poursuive ses efforts de communication, notamment auprès des structures et des professionnels sur les territoires récemment investis (Ardennes, Haute-Marne) ;
- ils soulignent que peu de professionnels utilisent le DPP – en cohérence avec les analyses supra-, ce qui diminue l'intérêt de l'outil ; ils suggèrent de poursuivre les efforts de formation des professionnels en ce sens ;
- **ils regrettent l'absence de certaines prestations dérogatoires ou d'ateliers éducatifs pour les patients, notamment les personnes diabétiques**, et espèrent que le réseau pourra obtenir les financements nécessaires au développement de ce type d'actions.

Les mutualisations et complémentarités développées avec les partenaires et les autres réseaux

Le Réseau Régional Addictions, Précarité et Diabète est attentif aux problématiques de mutualisations entre réseaux et entre acteurs, depuis sa création :

- les réseaux ADDICA et CARÉDIAB ont mis en commun leurs locaux, leur personnel et leur moyens matériels dès leur entrée en fonctionnement, bien avant leur fusion effective en 2008 ;
- dès la création de chaque réseau thématique, le parti pris du réseau et de ses financeurs a été de s'inscrire en stricte complémentarité avec les acteurs préexistants sur le territoire. En particulier, ADDICA et CARÉDIAB n'ont pas développé des services aux patients là où une offre préexistait sur le territoire ; les deux réseaux, en accord avec leurs financeurs, ont préféré nouer des conventions de partenariat et orienter les patients inclus vers les structures partenaires, par le biais des professionnels de santé membres du réseau.

Ces différents partenariats permettent au réseau d'intervenir en stricte complémentarité avec les autres acteurs. Cependant, dans certains cas, l'existence d'un service sur le territoire ne suffit pas nécessairement à répondre aux besoins des patients.

Il faut, pour que la complémentarité fonctionne, que le service partenaire soit visible sur le territoire, que les professionnels qui exercent sur ce territoire orientent les patients vers ce service, et que le service suive les patients en coordination avec les différents réseaux qui interviennent auprès de ces patients. Or, les entretiens avec ces services (les différentes UTEP ont pu être contactées) révèlent des problématiques de visibilité de ces structures sur leurs territoires respectifs, et un faible suivi coordonné des patients avec le réseau.

De son côté, le réseau signale un décalage entre sa conception de la démarche partenariale et celle défendue par les services d'éducation thérapeutique :

- ces services se contentent souvent de présenter leur action dans le cadre d'une intervention ponctuelle devant les professionnels membres du réseau (à l'occasion d'une formation sur le territoire par exemple) **sans s'impliquer réellement dans la dynamique du réseau ;**
- **ils ne participent pas au fonctionnement du DPP**, ce qui compromet le suivi coordonné des patients ;
- leur mode de fonctionnement peut, en lui-même, constituer une barrière à l'orientation des patients par les professionnels : les prescripteurs de séances

d'éducation thérapeutique seraient parfois confrontés à des démarches administratives importantes pour faire accéder leurs patients à ces services.

Enfin, le réseau tente de développer lui-même des programmes d'éducation thérapeutique des patients diabétiques, action pour laquelle il n'a pas encore obtenu de financements. Il s'agira de développer des consultations collectives et des consultations individuelles d'éducation thérapeutique, sur la base d'un bilan éducatif assuré par une infirmière libérale formée par le réseau, et de séances complémentaires d'éducation thérapeutique animées par des intervenants pluriprofessionnels. L'ensemble du parcours sera ponctué d'entretiens individuels de synthèse, permettant de faire le point sur la progression de la situation du patient. Le bilan et le suivi éducatif seront proposés aux patients sur prescription du médecin traitant, et impliqueront la création d'un DPP.

La mise en place d'un tel service va permettre, non seulement de développer l'éducation du patient diabétique et d'améliorer son état de santé, mais également de mobiliser le levier « patient » dans le développement de la participation des professionnels au réseau (en particulier, le développement des créations et du remplissage des DPP).

2.2.2. Les modalités de mise en œuvre des formations

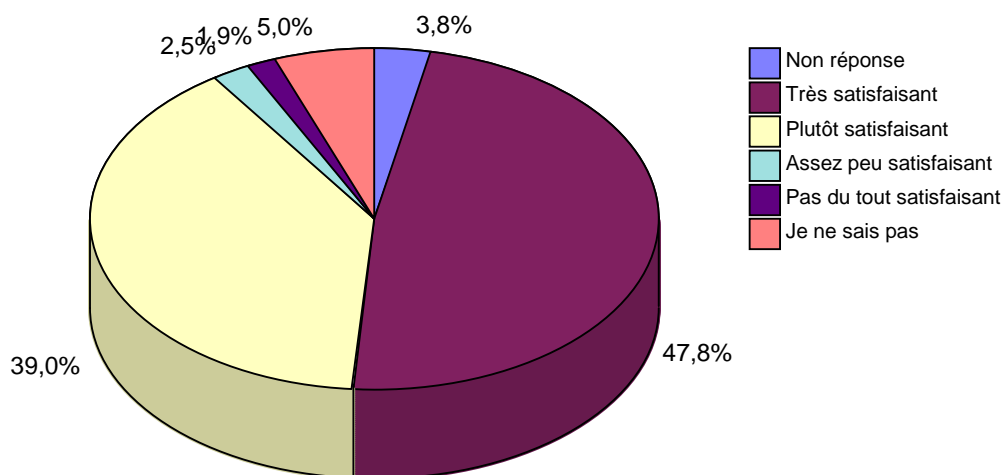
Le réseau organise des formations à destination de tous les professionnels signataires de la charte. Ces formations sont organisées par bassin de vie, au rythme de 4 sessions par an et par bassin. A l'origine, les deux réseaux thématiques organisant ainsi 4 formations chacun, les professionnels d'un même bassin pouvaient être invités à participer à 8 formations par an. **Depuis la fusion, les deux réseaux thématiques s'efforcent de développer des formations communes**, en alternant les thèmes abordés, afin de restreindre le rythme à 4 formations par an et par bassin.

Les formations sont rémunérées pour les professionnels libéraux qui y assistent, à hauteur de 15C la demi-journée.

Les thèmes de formation se répartissent comme suit (cf. tableau ci-dessous, de répartition des formations par réseau, par département, par thème et par semestre) :

86,8% des professionnels ayant répondu à l'enquête par questionnaire se sont déclarés satisfaits voire très satisfaits de ces modalités participatives (cf. graphique ci-dessous).

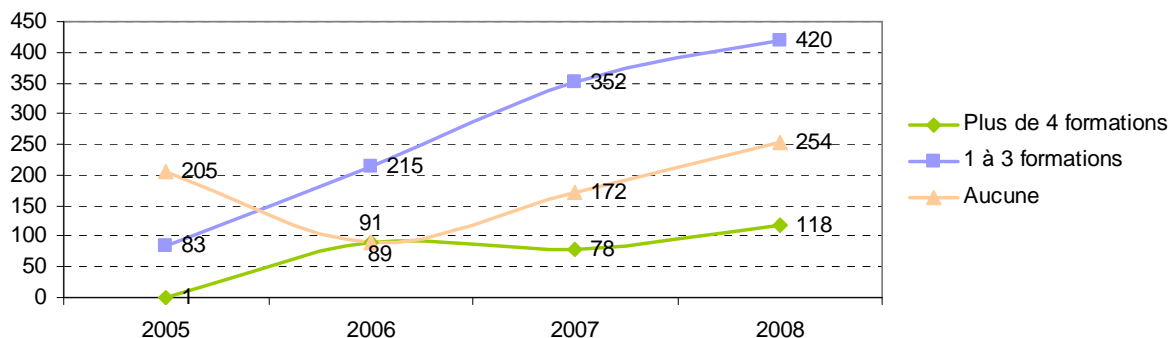
Jugez-vous satisfaisant que les formations-coordinations soient participatives (jeux de rôles, mises en situation, échanges de pratiques) ?



- **Des « mini-sessions » de formation à l'utilisation du système d'information du réseau et notamment du Dossier Patient Partagé.** Ces sessions regroupent en moyenne 5 professionnels et durent environ 2 heures. Les réseaux ont organisé, au total, 29 mini-sessions en 2007 (dont 20 communes aux deux réseaux) et 23 en 2008 (dont 18 communes aux deux réseaux), auxquelles s'ajoutent les sessions de formation individuelle réalisée par M. Birebent directement au cabinet du médecin généraliste (57 sessions en 2007 au titre de CARÉDIAB et 51 au titre d'ADDICA).

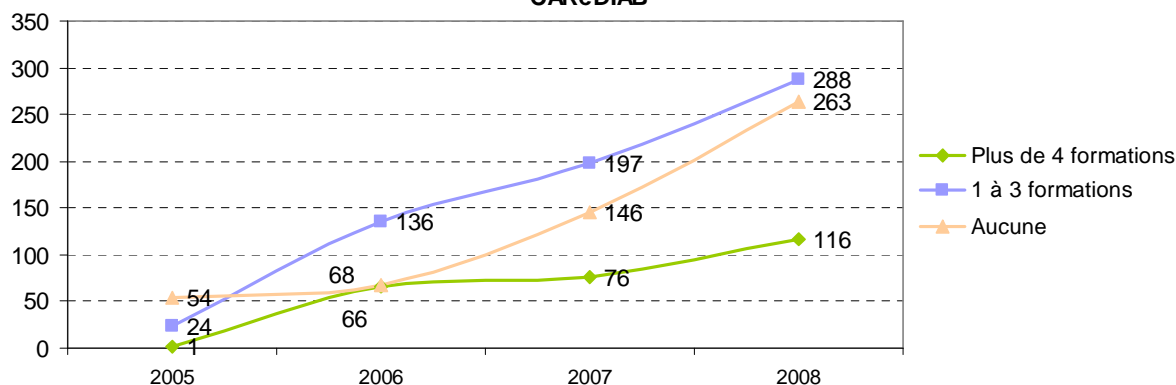
Les formations organisées par chaque réseau enregistrent une assez forte participation des professionnels membres. En effet, les deux graphiques ci-dessous comptabilisent le nombre de professionnels ayant assisté à un certain nombre de formations organisées par chaque réseau au cours d'une même année, sur la période 2006 – 2008. Les graphiques montrent que la plupart des professionnels membres du réseau assistent à au moins une formation chaque année. La forte progression du nombre de professionnels n'ayant assisté à aucune formation en 2007 et en 2008 peut s'expliquer par l'accélération des adhésions de professionnels à chaque réseau ces deux dernières années (cf. la partie 3 du présent rapport, qui analyse le rythme d'inclusion des professionnels dans chaque réseau) :

Evolution du nombre de professionnels ayant suivi des formations au sein du réseau ADDICA



Au total, entre 2006 et 2008, **1 108 professionnels** ont participé à au moins une formation organisée par ADDICA (dont 137, soit 12,4%, ont participé à au moins 3 cycles complets c'est-à-dire 9 formations).

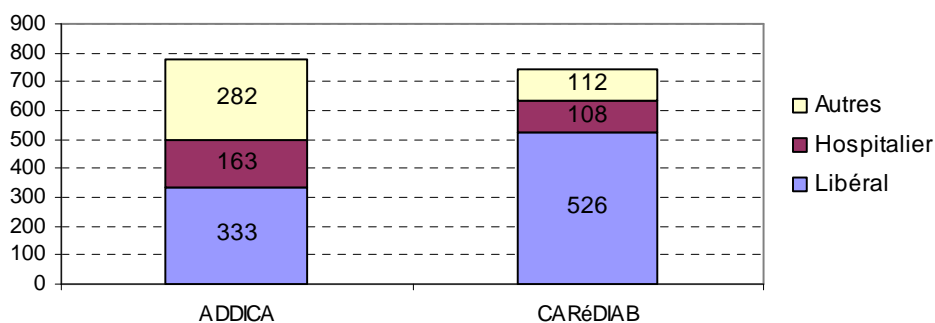
Evolution du nombre de professionnels ayant suivi des formations au sein du réseau CARéDIAB



De même, pour CARéDIAB, entre 2006 et 2008, **797 professionnels** ont participé à au moins une formation organisée par le réseau (dont 118, soit 14,8%, ont participé à au moins 3 cycles complets).

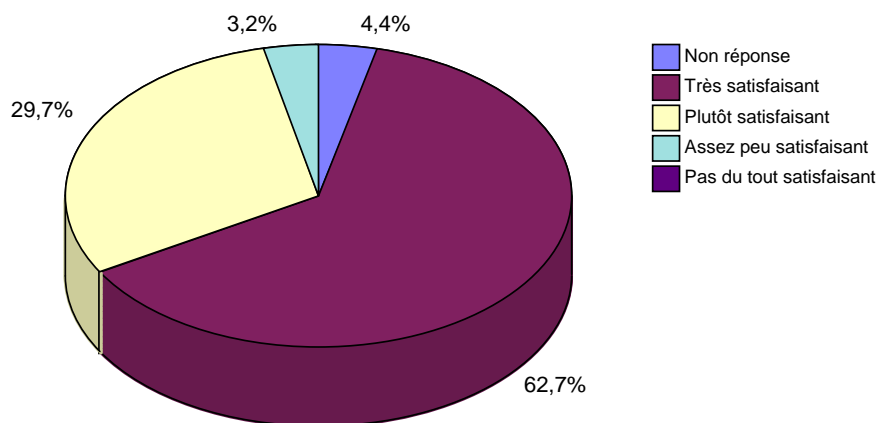
Ces professionnels sont issus aussi bien libéraux, qu'hospitaliers, comme le confirme le graphique suivant :

Professionnels ayant assisté à au moins une formation entre 2006 et 2008, répartis par statut



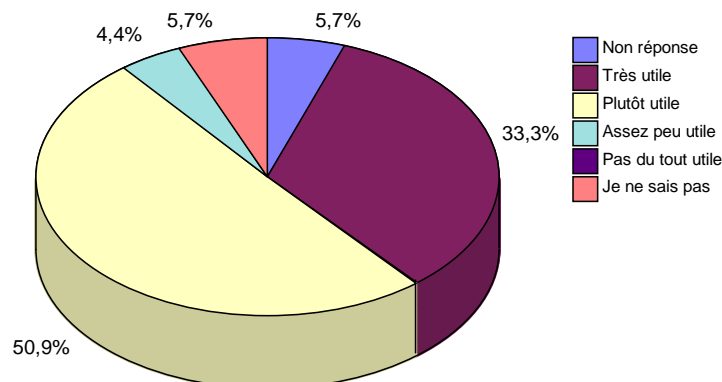
Parmi les professionnels ayant répondu à l'enquête par questionnaire, presque tous (92,4%) s'avouent satisfaits du caractère pluridisciplinaire des formations (cf. graphique ci-après) :

Jugez-vous satisfaisant que les formations soient multi-professionnelles et pluridisciplinaires ?



Par ailleurs, 84,2% des professionnels ayant participé aux formations estiment qu'elles ont été utiles voire très utiles dans leur pratique quotidienne :

Comment jugez-vous l'apport des formations-coordinations dispensées par le réseau dans votre pratique quotidienne ?



Ces chiffres confirment les résultats enregistrés par le réseau via les questionnaires de satisfaction distribués en fin de formation-coordination. Ils révèlent également le maintien du taux de satisfaction des professionnels depuis la dernière évaluation externe, et ce malgré la montée en charge du réseau ces trois dernières années (montée en charge qui aurait pu compromettre la qualité des formations, à travers la multiplication de ces dernières sur tout le territoire).

Les thèmes de formations-coordinations les plus appréciées par les professionnels ont été, par ordre décroissant (cf. tableau ci-dessous ; les pourcentages se lisent isolément les uns des autres, car les professionnels pouvaient donner plusieurs réponses) :

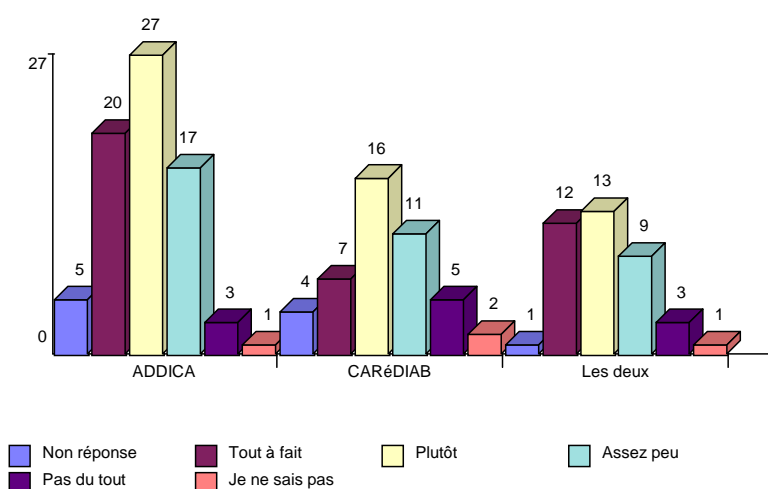
- les formations-coordinations sur la prise en charge des dépendances (74% des professionnels membres d'ADDICA ont indiqué que ces formations faisaient partie des formations les plus utiles à leur pratique) ;
- les formations-coordinations sur les soins du patient diabétique (60% des professionnels membres de CARÉDIAB et 61,5% des professionnels membres des deux réseaux ont indiqué que ces formations faisaient partie des formations les plus utiles à leur pratique);
- les formations-coordinations sur l'insulinothérapie en ambulatoire ;
- les formations-coordinations sur le repérage et l'intervention brève en alcoologie (RPIB).

Quelles ont été, selon vous, les formations-coordinations les plus utiles à votre pratique ?

Membre du réseau \ Utilité formation	Les formations-coordinations sur la prise en charge des dépendances	Les formations-coordinations sur les soins du patient diabétique	Les formations-coordinations sur l'insulinothérapie en ambulatoire	Les formations-coordinations sur le RPIB	Les formations-coordinations sur le fonctionnement en réseau	Les formations-coordinations sur le système d'information partagé du réseau
ADDICA	74,0%	2,7%	2,7%	9,6%	17,8%	13,7%
CARÉDIAB	2,2%	60,0%	42,2%	0,0%	8,9%	17,8%
Les deux	59,0%	61,5%	41,0%	30,8%	5,1%	7,7%
TOTAL	50,3%	34,0%	23,9%	11,9%	11,9%	13,2%

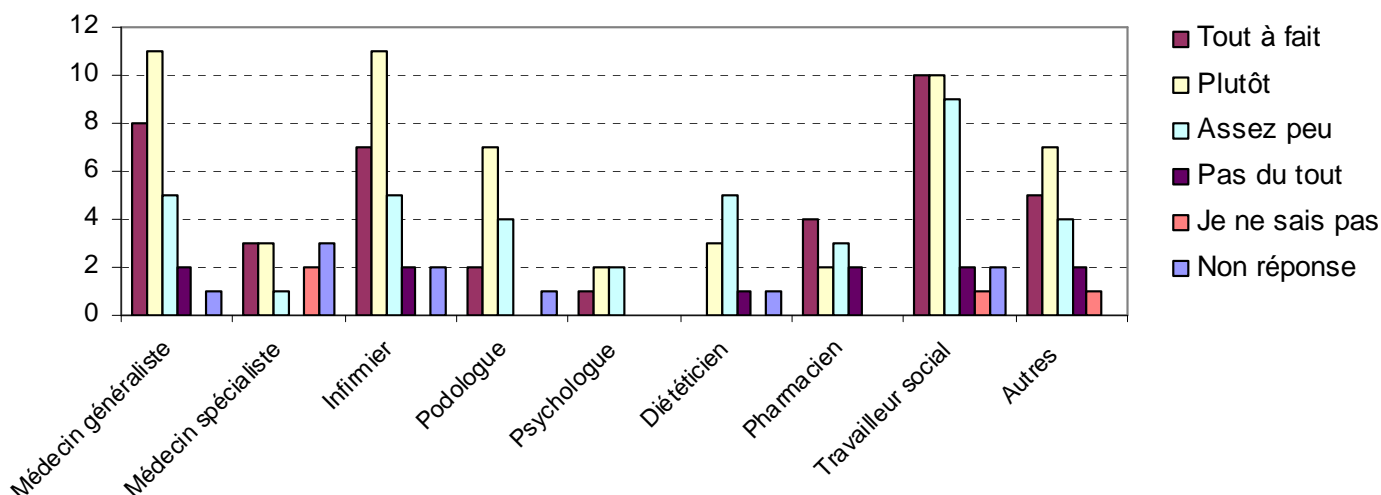
En revanche, une certaine proportion de professionnels (29% pour ADDICA et 1/3 pour CARÉDIAB) estime que les formations-coordinations ne leur ont pas permis de développer leurs relations avec les professionnels exerçant sur le même bassin de vie qu'eux (cf. graphique suivant).

Dans l'ensemble, pensez-vous que ces rencontres vous ont permis de développer vos relations avec les autres professionnels de votre bassin de vie ?



Le graphique ci-après permet de visualiser la répartition des réponses à cette dernière question, par type de professionnels : diététiciens, pharmaciens et psychologues sont les moins satisfaits, devant les travailleurs sociaux, podologues, infirmiers et médecins généralistes (classement par ordre décroissant, sur la base de la part de réponses « assez peu » ou « pas du tout » dans le total des réponses de chaque profession).

Dans l'ensemble, pensez-vous que ces rencontres vous ont permis de développer vos relations avec les autres professionnels de votre bassin de vie ?



2.2.3. La pénétration du réseau sur le territoire

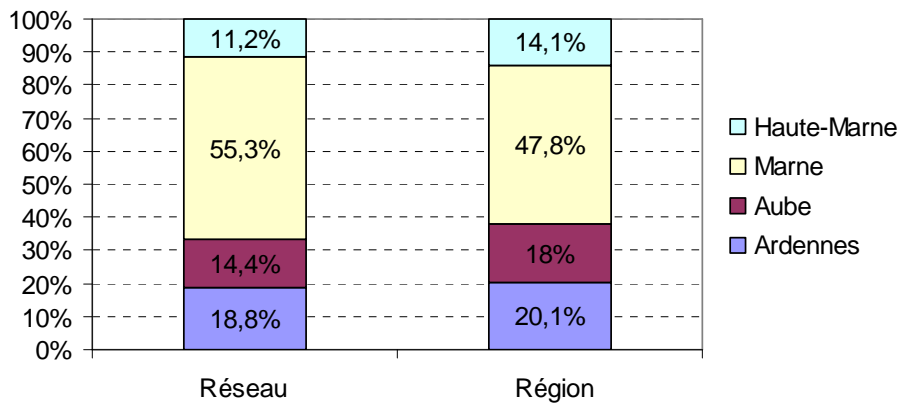
La pénétration géographique du réseau sur le territoire

Le réseau ne recueillant pas les coordonnées des patients inclus, il ne nous est pas possible d'évaluer la répartition géographique de ces derniers. Une estimation à partir de la commune d'exercice des professionnels ayant réalisé l'inclusion des patients (par ouverture d'un Dossier Patient Partagé) manquerait de finesse. En effet, une partie des dossiers est ouverte dans des Centres Hospitaliers dont le rayon géographique est large ; par ailleurs, les patients peuvent consulter des professionnels en dehors de leur commune, ou même de leur département de domiciliation.

En revanche, nous avons pu analyser la répartition géographique des professionnels ayant signé la charte de chaque réseau thématique. **Cette analyse montre que la pénétration géographique du réseau est satisfaisante pour les professionnels membres du réseau :**

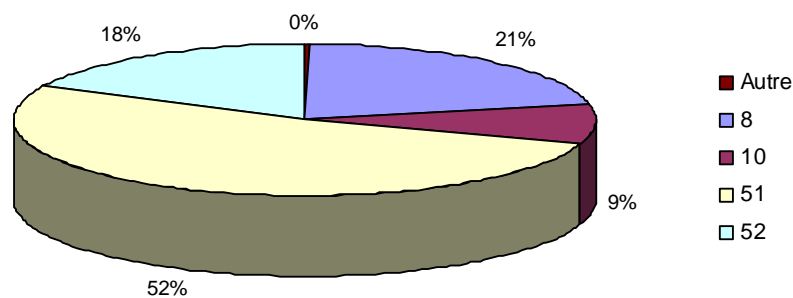
- La répartition des professionnels membres du réseau par département correspond environ à la répartition de la démographie médicale dans la région Champagne-Ardenne (cf. graphique suivant)

Répartition géographique des membres du Réseau Régional, comparée à la répartition naturelle des professions médicales dans la région (en %)

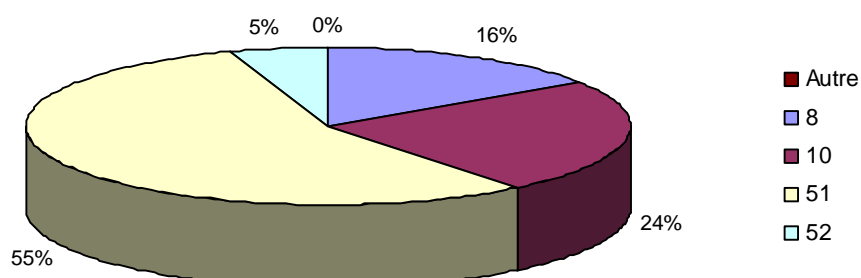


- Cette répartition rencontre des variantes selon la thématique considérée, mais chaque réseau thématique est présent dans l'ensemble des départements de la région : ainsi, ADDICA a mieux investi la Haute-Marne, tandis que CARÉDIAB est davantage présent qu'ADDICA dans l'Aube (cf. les deux graphiques suivants)

Répartition des adhérents ADDICA par département d'exercice début 2009



Répartition des adhérents CARÉDIAB par département d'exercice début 2009

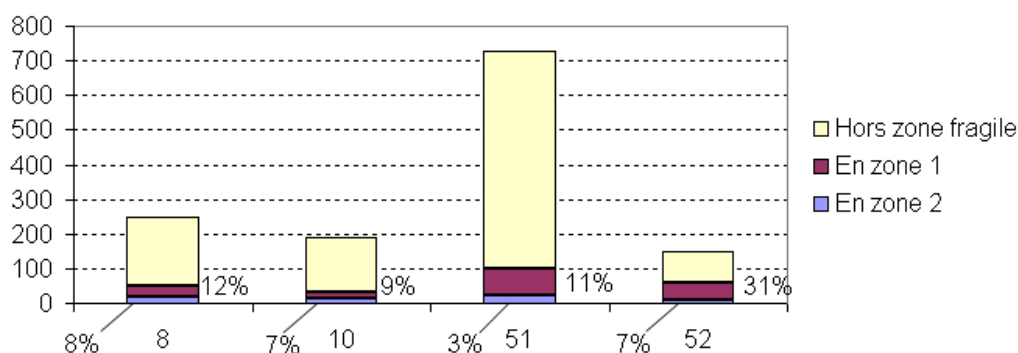


- Au total, **le Réseau Régional a inclus en moyenne 6% des professionnels de santé de la région Champagne-Ardenne :**

- 6% des professionnels des Ardennes sont adhérents à au moins un des deux réseaux
- Ils sont 7% dans la Marne
- 5% dans l'Aube
- 5% dans la Haute-Marne.

- En outre, **le Réseau Régional compte, au total, une proportion non négligeable de membres exerçant dans des zones « fragiles » (zones 1) voire « très fragiles » (zones 2) en termes d'accès aux soins**, d'après les critères de l'Observatoire Régional de la Santé de Champagne-Ardenne. Ces zones ont été définies par comparaison entre les caractéristiques sanitaires de la population d'un bassin de vie (ses besoins de santé) et l'offre de soins de proximité disponible pour cette même population (démographie médicale notamment).

Part des professionnels adhérents qui exercent en zone fragile (par département)



On dénombre notamment, **parmi les membres du réseau** qui exercent en zone fragile sur le graphique ci-dessus :

- 20 médecins généralistes sur les 66 professionnels membres du réseau exerçant en zone 2 (soit 30,3% des membres dans cette zone)
- 35 médecins généralistes sur 180 professionnels membres du réseau exerçant en zone 1 (soit 19,4% des membres dans cette zone).

Au total, dans les zones fragiles en termes d'accès aux soins, les médecins généralistes libéraux signataires de la charte des réseaux représentent :

- 13,5% de l'ensemble des médecins généralistes exerçant en zone 1 dans la région
- 26,3% de l'ensemble des médecins généralistes exerçant en zone 2 dans la région

Ces proportions de membres du réseau, et surtout de médecins généralistes, exerçant dans des zones déficitaires montrent l'engagement du réseau dans une stratégie d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, y compris et surtout dans les zones fragiles en termes d'accès aux soins.

La pertinence de la surface d'intervention

Avec une prévalence évaluée à 4,5% de la population, la région Champagne-Ardenne est une des régions françaises les plus touchées par le diabète (le taux de prévalence national en 2007 étant évalué à 3,95% d'après l'Institut National de Veille Sanitaire). La prise en charge du diabète et la prévention de son aggravation est une priorité de santé publique sur le territoire national et à fortiori dans la région : la Champagne-Ardenne a été la seule région française à intégrer le diabète dans les 10 objectifs prioritaires du SROS de deuxième génération. **Un réseau régional de santé porteur d'actions sur la thématique du diabète a donc toute sa place en Champagne-Ardenne.**

La région Champagne-Ardenne est également marquée par les problématiques de santé liées aux addictions : elle est parmi les régions françaises les plus touchées par la mortalité par cancer des voies respiratoires, la proportion d'accidents mortels de la route causés par la consommation d'alcool y est supérieure à la moyenne nationale, et elle enregistre une forte surmortalité des hommes comme des femmes par cirrhose du foie, ou psychose et syndrome de dépendance alcoolique, par rapport aux chiffres nationaux.

Enfin, la région est globalement marquée par les problématiques de précarité et d'accès aux soins, avec des taux de chômage et de bénéficiaires de minima sociaux supérieurs à la moyenne nationale, en particulier dans le département des Ardennes et dans certains bassins de vie infra-départementaux. La région compte 22 bassins identifiés comme fragiles voire très fragiles en matière d'accès aux soins (évaluation obtenue par comparaison entre les besoins de santé de la population et l'offre, notamment la démographie médicale, qui caractérise le bassin de vie).

Dans ce contexte, un réseau régional de santé porteur d'une thématique Addictions et Précarité paraît tout à fait pertinent.

2.3. Synthèse et recommandations concernant l'organisation et le fonctionnement du réseau

2.3.1. Synthèse des constats

	Points forts	Points à améliorer
Les infrastructures	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bon niveau d'équipement ✓ Mutualisation des locaux entre les deux réseaux, avant même la fusion 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Espace insuffisant au regard des effectifs
Le pilotage	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evolution profonde du réseau ces dernières années 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Processus de mutualisation en cours, pas totalement abouti à ce stade (relative dualité du circuit de décision, de la présidence...)
L'équipe de coordination	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les effectifs sont stabilisés ✓ L'équipe est motivée et professionnalisée ✓ Les professionnels membres du réseau sont satisfaits de leurs relations avec l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambiguïté du positionnement du poste de Direction, assumé à mi-temps par une salariée qui occupe un autre poste
Actions pluridisciplinaires	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Présence de coordonnateurs départementaux ✓ Organisation de formations-coordinations par bassin de vie ✓ Nombreux outils d'échange et de bonne pratique 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peu de prestations envers les patients ✓ Faible utilisation des outils par les professionnels
Les procédures organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Des fiches de poste bien définies ✓ Des procédures existent pour l'inclusion des patients et des professionnels ✓ Ces procédures sont bien appliquées par les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La procédure d'inclusion du patient, soumise à la création d'un DPP, est un frein à la progression des inclusions

<p>La communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le réseau s'est doté d'outils de communication multiples ✓ Les professionnels du réseau sont devenus de très bons relais de communication sur son existence ✓ Supports mutualisés entre ADDICA et CARÉDIAB, et avec les partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deux sites Internet séparés, mais rapprochement programmé
<p>Le système d'information</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilisation d'un système d'information très complet pour les professionnels (DPP, télé-expertise, messagerie sécurisée...) ✓ Un suivi rigoureux de l'activité des salariés du réseau 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les outils du système d'information pour les professionnels de santé sont encore peu utilisés
<p>Les formations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un outil très apprécié des professionnels ✓ Adaptation aux besoins des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les formations-coordinations ne suffisent peut-être pas, à elles seules, à créer du lien entre professionnels, ni à les impliquer dans l'utilisation du SI
<p>Le périmètre d'intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Périmètre pertinent pour les deux thématiques ✓ Pénétration satisfaisante sur le territoire 	
<p>Les partenariats et les mutualisations entre structures</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les partenariats recouvrent l'ensemble de l'activité du réseau ✓ Bonnes relations avec l'ensemble des partenaires ✓ Optimisation des moyens ✓ Stricte complémentarité des approches 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le réseau pourrait développer ses propres actions envers les patients, car les partenaires ne suffisent pas à répondre aux besoins, et la complémentarité des prises en charge sur ce thème ne fonctionne pas

2.3.2. Recommandations

Les locaux

Un déménagement vers des locaux plus vastes semble indispensable à court terme, afin de ne pas compromettre le bien-être des salariés et leur efficacité.

Ce déménagement pourra s'inscrire dans les priorités stratégiques de mutualisation entre réseaux, s'il permet au Réseau régional de rejoindre une éventuelle Maison des Réseaux de Santé de Champagne-Ardenne.

Le pilotage

Le réseau s'est inscrit dans une dynamique de mutualisation qui a abouti à une fusion des deux associations au printemps 2008. Cette fusion a demandé d'importants efforts aux administrateurs des deux réseaux, et la démarche avance progressivement.

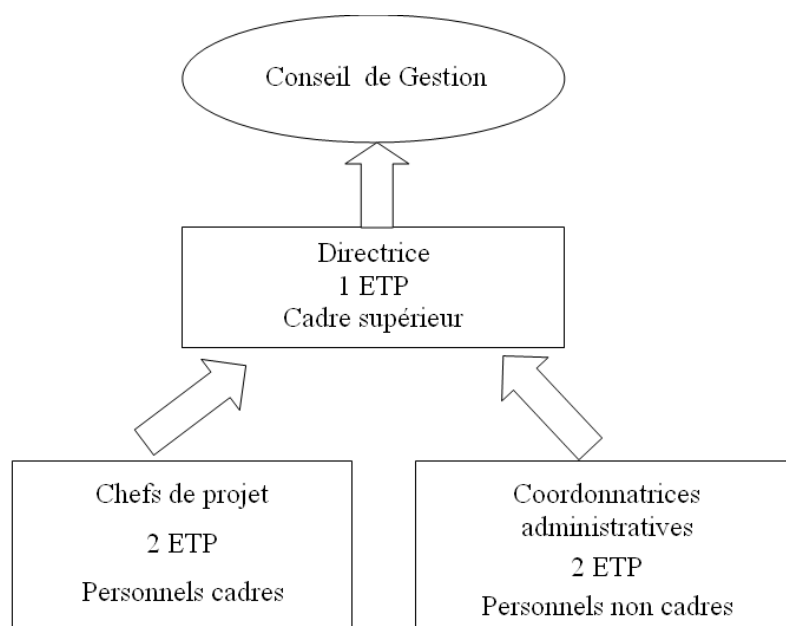
Afin d'approfondir le mouvement de mutualisation/fusion et de le rendre visible au plan organisationnel, le réseau pourra :

- retravailler les statuts **afin de faire apparaître la réalité d'un fonctionnement mutualisé** (notamment en attribuant un rôle de pilotage politique plus explicite au Conseil de gestion, par rapport aux compétences actuellement dévolues aux Comités Techniques et Scientifiques) ;
- modifier la dénomination du Conseil de gestion, qui – dans une logique de fusion effective – devrait davantage traduire son rôle d'instance de pilotage du réseau (par exemple « Conseil d'Administration unique ») ;
- **nommer** – aux prochaines élections des différents membres – **un président unique** pour le réseau régional, si nécessaire assisté de deux vice-présidents représentant les deux thématiques.

L'équipe de coordination

Le positionnement actuel du poste de directeur (0,5 ETP, cumulés avec 0,5 ETP de chef de projet) peut générer une difficulté de gestion du poste. Pour clarifier la situation, et au regard des effectifs et de l'organisation actuels de l'équipe de coordination, il semble nécessaire de **transformer ces deux postes à mi-temps en un poste de directeur à temps complet**. Cette désignation irait également de pair avec la fusion des deux réseaux, en identifiant un interlocuteur unique pour représenter le réseau à l'extérieur, dans les différentes instances partenaires (en complément d'un président unique).

La configuration-cible, dans ce contexte, serait la suivante :



Cette nouvelle configuration implique, évidemment, une évolution des rôles et des fiches de poste des chefs de projet, la directrice, dans cette configuration recommandée, assumant désormais à titre exclusif les rôles :

- de coordination interne de l'équipe (organisation des réunions hebdomadaires, supervision des réalisations de chacun)
- de proposition et de suivi de la mise en œuvre globale de la stratégie
- de représentation externe des deux réseaux thématiques dans les instances partenaires et dans la négociation bilatérale entre structures.

Cette nouvelle répartition des rôles permettrait aux chefs de projet et aux coordonnatrices administratives de se concentrer sur leurs tâches propres, si possible transversales aux deux thématiques, de manière à refléter, au sein de l'équipe salariée, l'unité de fonctionnement du réseau régional issu de la fusion.

Les actions pluridisciplinaires

Le fait d'offrir au patient un ensemble de services (éducation thérapeutique, groupes de parole, livret de suivi....) directement mis en œuvre par le réseau permettrait à ce dernier de s'engager dans les axes de progrès identifiés dans le présent rapport : il pourra à la fois inclure davantage de patients et encourager l'utilisation du DPP par les professionnels.

En effet, dans une telle configuration, le parcours du patient pourrait être le suivant :

- ✓ prise de connaissance par le patient d'une prestation relative à son état de santé (soit par le biais des outils de communication du réseau, soit par le bouche-à-oreille, soit par un professionnel de santé qui le suit et connaît les prestations du réseau) ;

- ✓ demande d'accès à la prestation auprès de son professionnel de santé de proximité, dans le cadre d'un projet de soin personnalisé ;
- ✓ demande d'information et/ou adhésion éventuelle du professionnel lui-même au réseau, s'il n'en était pas membre ;
- ✓ signature de la charte d'information du réseau par le patient ;
- ✓ création de son DPP pour assurer le suivi de la prestation et la mise en œuvre du projet de soin.

En l'absence d'un tel levier, la soumission de l'inclusion des patients à la création d'un DPP risque de représenter un frein durable à la progression des inclusions de patients dans le réseau, car les professionnels membres du réseau utilisent peu le DPP de leur propre initiative.

Notons que, pour mettre en œuvre cette recommandation, le réseau devra identifier les coordonnées lui permettant de diffuser des informations auprès des patients : à l'heure actuelle, le réseau n'a aucune connaissance de ces données, car il n'entretient pas de relations directes avec les patients inclus.

Le système d'information

Les outils proposés par le réseau sont encore peu utilisés. Cette sous-utilisation conduit à réinterroger la pertinence de certains de ces outils, et les modalités d'utilisation des autres outils. Des recommandations sur le développement de l'utilisation du système d'information sont développées à la fin de la partie 3 du présent rapport.

Les formations

Les formations organisées par le réseau répondent bien aux besoins des professionnels et sont donc très appréciées ; cependant elles ne sauraient se suffire à elles-mêmes en ce qui concerne la création de liens entre les professionnels.

Pour des recommandations concernant la coordination entre professionnels, cf. les recommandations en fin de partie 3 du présent rapport.

Les partenariats et les mutualisations entre structures

Un des points forts du réseau régional, qui illustre la volonté forte de la MRS de développer la complémentarité entre structures, est la multiplicité des partenariats noués avec des structures extérieures. Ce positionnement évite au réseau de développer des activités en « doublon » avec des actions préexistantes.

Cependant, cette stratégie doit prendre en compte l'effectivité des partenariats et des actions qui reviennent aux autres structures. En présence d'une prise en charge insuffisante des populations en matière d'éducation thérapeutique, il paraît nécessaire :

- d'accompagner le réseau dans ses efforts d'implication des partenaires (ces derniers peinent parfois à entrer dans une véritable dynamique de participation au réseau) ;
- d'autoriser le réseau à développer ses propres parcours thérapeutiques, d'abord en direction des patients diabétiques et, dans un second temps, en direction des patients souffrant d'addictions.

Evaluation de l'organisation et du fonctionnement du réseau régional :

- A : le réseau X satisfait aux exigences de l'évaluation**
- B : le réseau X satisfait en grande partie aux exigences de l'évaluation**
- C : le réseau X satisfait partiellement aux exigences de l'évaluation**
- D : le réseau X ne satisfait pas aux exigences de l'évaluation**

3. La participation et l'intégration des acteurs

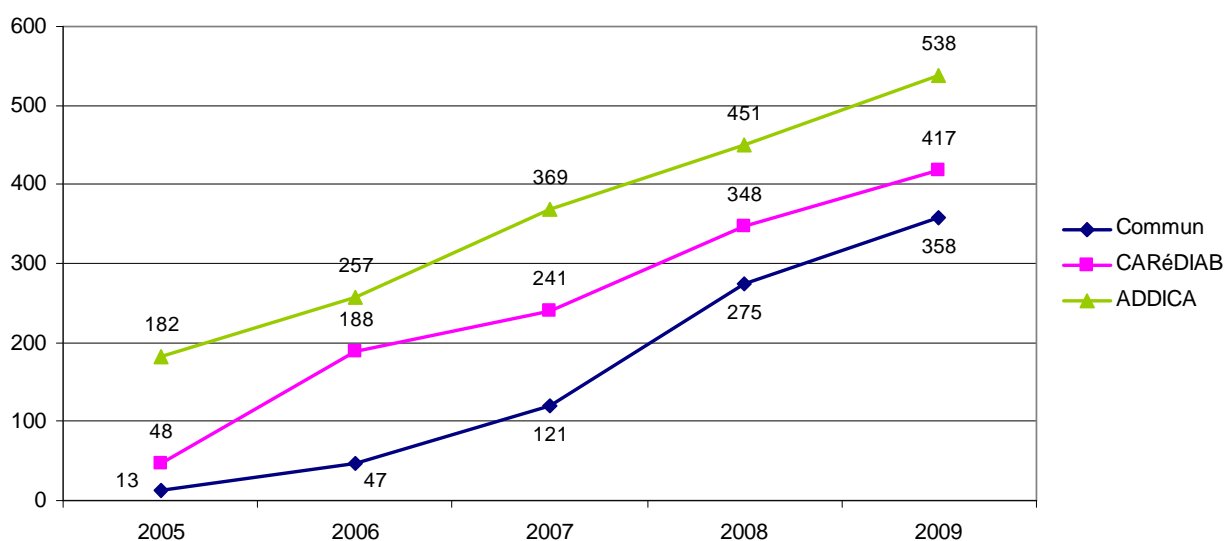
3.1. L'évolution du nombre de professionnels participant au réseau

3.1.1. Evolution des inclusions et répartition des patients suivis

L'évolution des inclusions de professionnels

Les deux réseaux thématiques du Réseau Régional Addictions, Précarité et Diabète ont connu une **forte accélération du nombre de professionnels adhérents entre 2006 et 2008, en particulier CARÉDIAB** (cf. graphique ci-dessous).

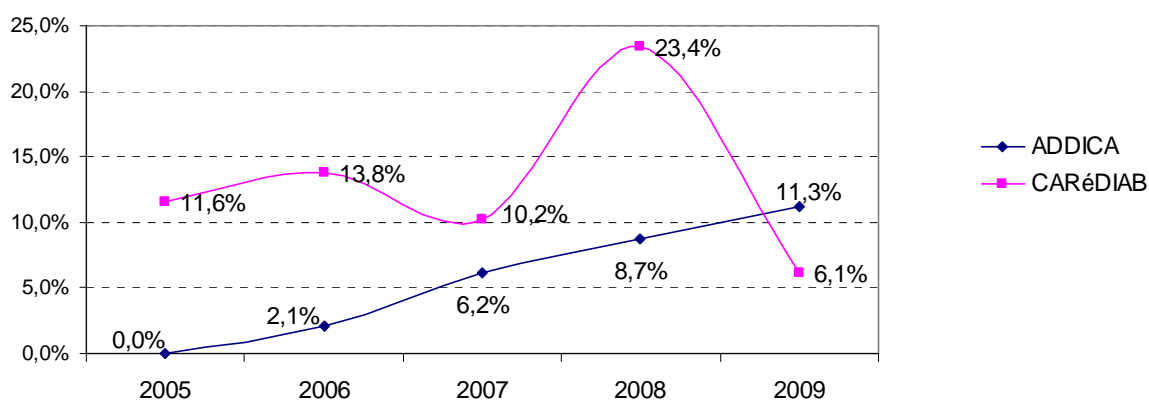
Evolution du nombre d'adhérents à l'une des entités



Ainsi, CARÉDIAB a pu atteindre l'objectif qui lui était fixé pour 2008 par la convention de financement FIQCS : le réseau compte en effet 623 professionnels membres en 2008, pour un objectif fixé à 500. En outre, comme l'indiquaient les graphiques p. 43, CARÉDIAB a atteint l'objectif d'au moins 45% de membres en dehors de la Marne. Enfin, il a rempli à 92,5% l'objectif d'adhésions de médecins généralistes, avec 222 généralistes signataires de la charte en 2008 (pour un objectif de 240). ADDICA a également atteint ses objectifs sur la période.

A ce titre, la stratégie de mutualisation des professionnels membres des deux réseaux a porté ses fruits. En effet, les réseaux ont mis en commun leurs bases de données recensant les professionnels membres, afin de favoriser les doubles signatures de charte. Une campagne de signature a été menée en 2007 et 2008, pilotée par le chef de projet chargé du déploiement terrain (M. Birebent), dont les résultats - visibles sur le graphique ci-dessous - ont particulièrement profité à CARÉDIAB. Par exemple, **en 2008, 23,4% des nouveaux membres de CARÉDIAB avaient déjà signé la charte d'ADDICA, et ont rejoint CARÉDIAB à partir d'ADDICA.**

Pourcentage de nouveaux adhérents en provenance de l'autre réseau (adhésion antérieure à au moins 1 an, et chiffres courants jusqu'à mi-Avril 2009)

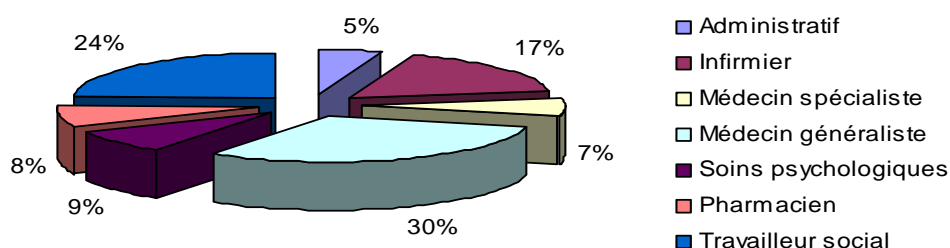


L'analyse de la répartition par profession des membres de chaque réseau thématique permet de constater que **les réseaux ADDICA et CARÉDIAB ont une population de membres conforme aux exigences de leur pathologie de référence.**

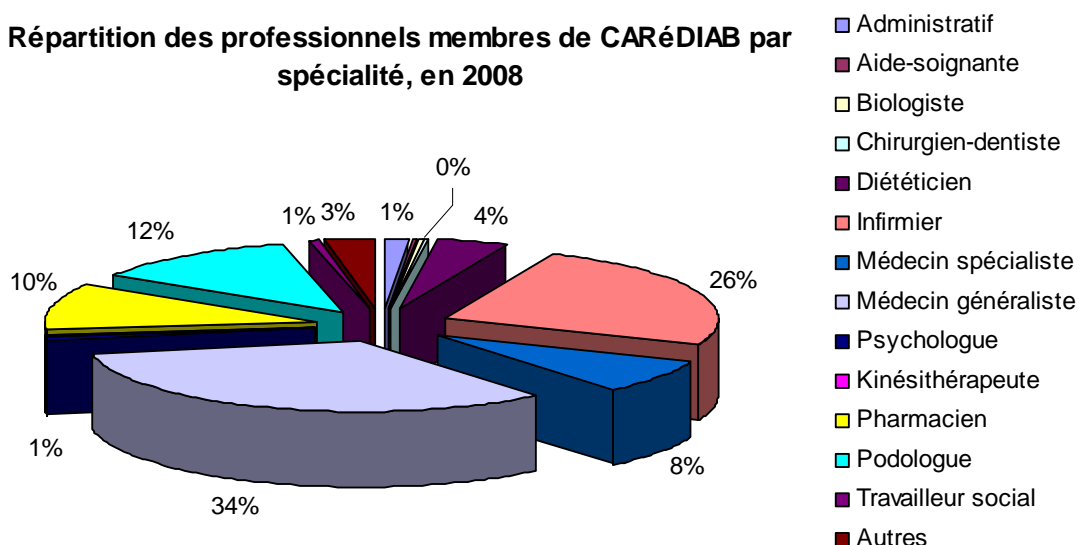
En effet, les deux réseaux comprennent environ 1/3 de médecins généralistes, 10% de pharmaciens et 7 à 8% de médecins spécialistes, mais en dehors de ces traits communs, leurs populations diffèrent (cf. graphiques suivants) :

- ADDICA compte près d'1/4 de travailleurs sociaux et 10% de psychologues, psychiatre et psychanalystes, ce qui correspond aux problématiques particulières de sa thématique d'intervention ;
- CARÉDIAB compte ¼ d'infirmiers et 10% de podologues, ce qui correspond aux nécessités de la prise en charge des patients diabétiques.

Répartition des professionnels membres d'ADDICA par spécialité, en 2008



Répartition des professionnels membres de CARÉDIAB par spécialité, en 2008



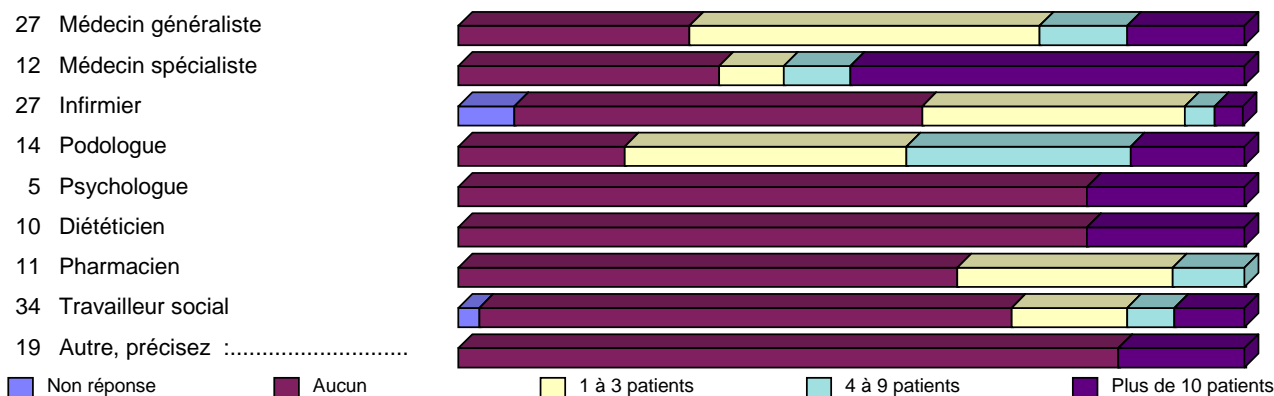
Si l'on compare cette répartition des membres de chaque réseau à la répartition des professionnels de santé de la région Champagne-Ardenne par spécialité, on constate que l'effort d'inclusion des médecins généralistes dans chaque réseau est particulièrement fort.

En effet, les médecins généralistes ne représentent que 11% des professionnels de santé de la région, or ils représentent près du 1/3 des membres de chaque réseau. De même, la faible proportion de médecins spécialistes dans le réseau, si elle est regrettable, reste proche du niveau régional (les spécialistes représentent 9% seulement des professionnels de santé en exercice dans la région). Enfin, le faible nombre de diététiciennes dans le réseau diabète correspond à une sous-représentation de la profession dans la région. **La répartition des membres est donc conforme à la nature de la prise en charge proposée par le réseau, à la nature de l'offre disponible sur le territoire et aux besoins théoriques des patients inclus.**

La répartition du suivi des patients entre professionnels

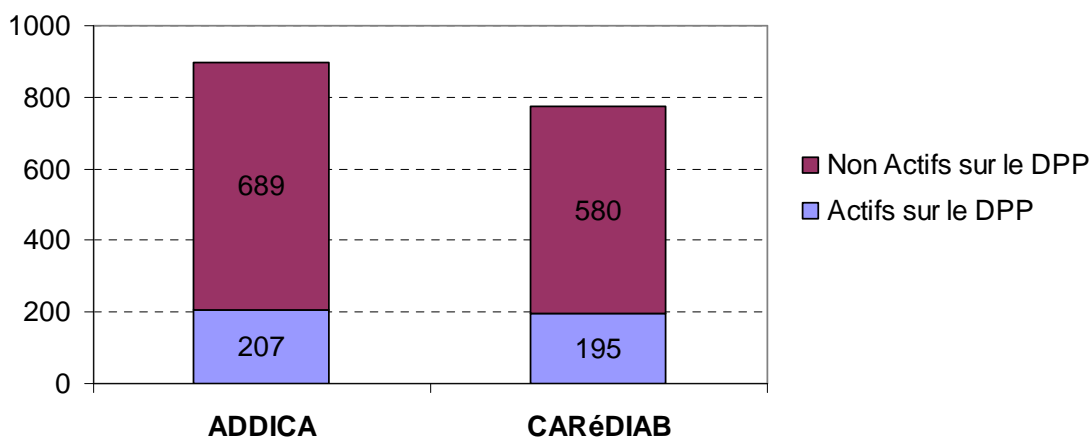
Signalons que plus de la moitié (54,7%) des professionnels interrogés dans le cadre de l'enquête **ne suivaient aucun patient** (il s'agit en général des travailleurs sociaux, et dans une moindre mesure des professions paramédicales – diététicien, psychologue, pharmacien voire infirmier). Ce sont le plus souvent les médecins spécialistes qui suivent plus de 10 patients dans le cadre du réseau (cf. graphique ci-dessous) :

Pouvez-vous indiquer le nombre de patients que vous suivez dans le cadre du réseau ?



De manière générale, le suivi des patients est assez concentré sur un petit nombre de professionnels membres du réseau. En effet, seuls les utilisateurs du DPP peuvent être considérés comme des professionnels qui « suivent » un patient au sens du réseau ; or ils sont minoritaires parmi les membres du réseau.

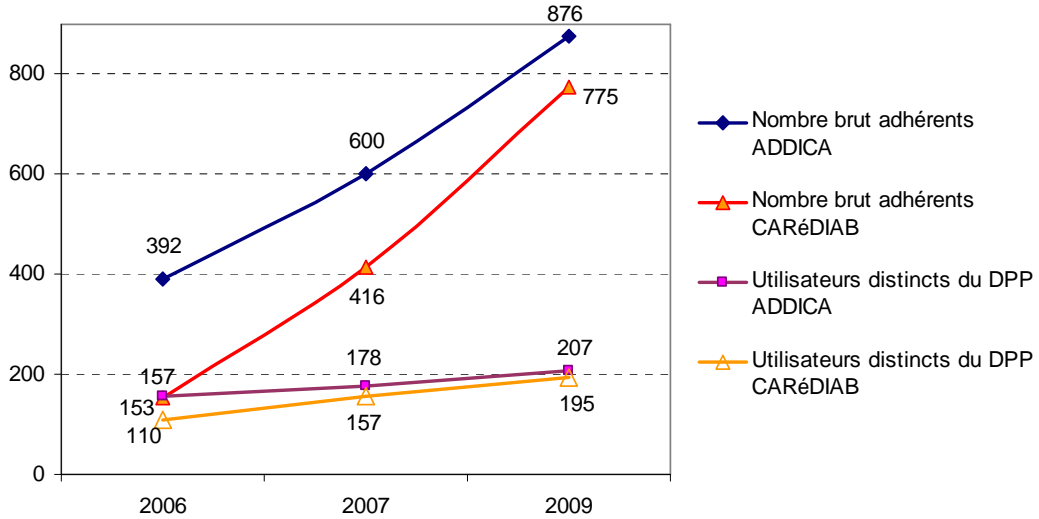
Répartition des adhérents actifs et non actifs sur le DPP par réseau, au 31/03/09



Cette concentration du suivi s'est accentuée ces dernières années. Les précédentes évaluations avaient mis en évidence un délai de 18 mois entre l'entrée du professionnel dans le réseau et le début de l'utilisation du DPP. Il s'agissait là d'un délai nécessaire au professionnel pour se familiariser avec le fonctionnement du réseau, comprendre l'intérêt des outils et se former à leur utilisation. Ainsi, la plupart des professionnels qui sont membres du réseau ont été intégrés il y a moins de 18 mois (forte accélération des adhésions entre 2007 et 2008), et sont donc peu susceptibles d'utiliser le DPP. **Cependant, ce facteur ne suffit pas à expliquer la stagnation des effectifs d'utilisateurs du DPP.** En effet, selon l'hypothèse des « 18 mois d'apprentissage », le nombre d'utilisateurs du DPP devrait avoir progressé, entre 2007 et

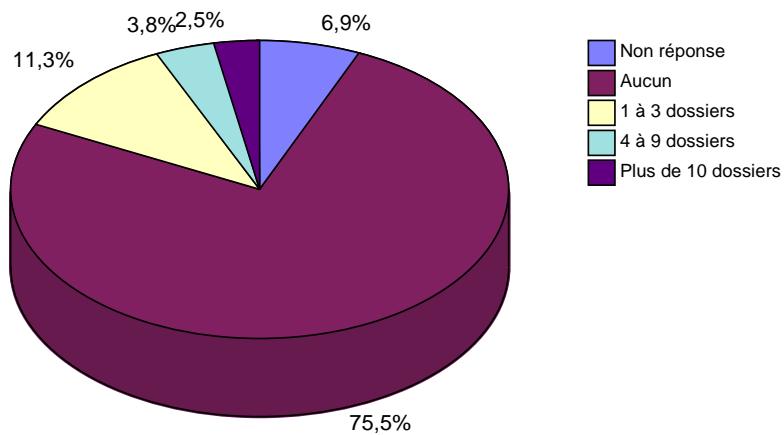
début 2009, selon le même rythme que la progression des membres entre 2006 et 2007 dans chaque réseau. Or, ce n'est pas le cas, comme le met en évidence le graphique suivant :

Evolution comparée du nombre de professionnels adhérents et du nombre d'utilisateurs distincts du DPP pour chaque réseau, entre 2006 et le 1er semestre 2009

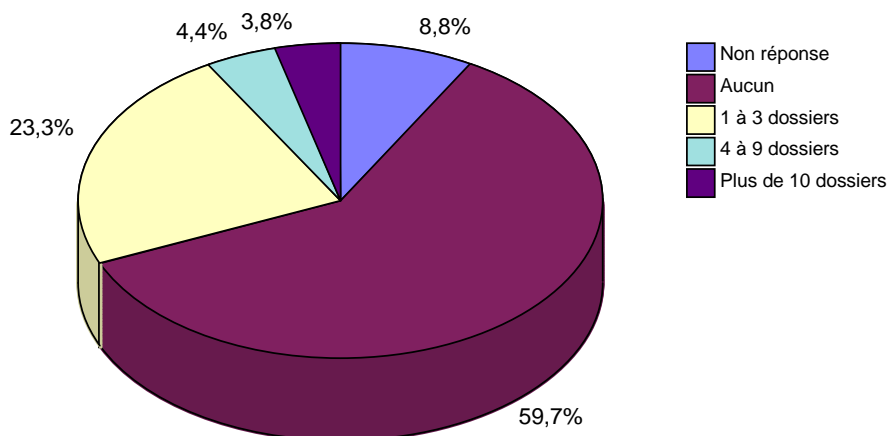


Ces chiffres sur la sous-utilisation du DPP correspondent aux réponses données par les professionnels interrogés lors de l'enquête (cf. graphiques suivants) :

Au cours des 6 derniers mois, combien de DPP avez-vous créés ?



Au cours des 6 derniers mois, combien de DPP avez-vous consultés ?



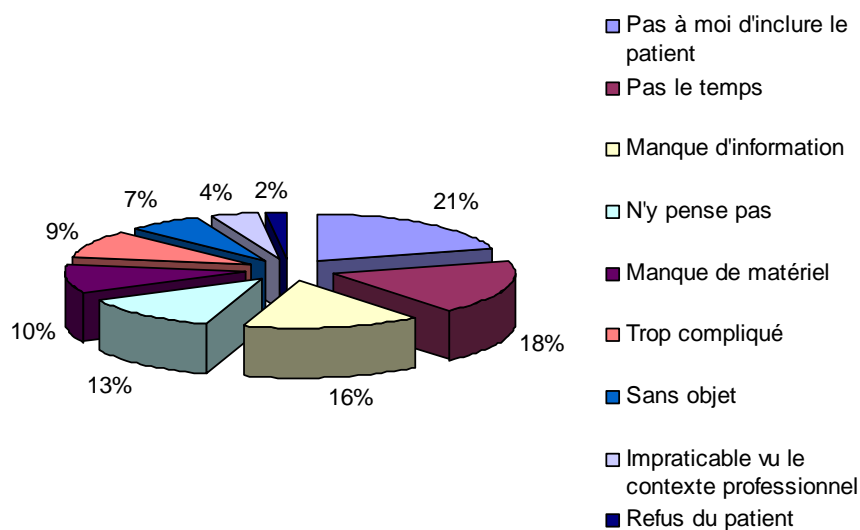
Cette faible utilisation de l'outil DPP est d'autant plus paradoxale que les professionnels reconnaissent l'intérêt de cet outil en matière de coordination et d'aide au suivi du patient (cf. tableau ci-dessous : 45,9% des professionnels ayant répondu à l'enquête par questionnaire désignent comme avantage principal du DPP le suivi coordonné entre professionnels, et 18,8% désignent les outils de suivi du patient – réveils et calculs automatiques).

Quels sont pour vous les avantages liés à l'utilisation du DPP ? (Plusieurs réponses possibles)	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	80	50,3%
Un suivi coordonné entre professionnels	73	45,9%
Des alertes régulières sur les échéances de suivi du patient (réveils)	19	11,9%
Des outils interactifs pour évaluer la situation du patient (calculs automatiques de scores)	11	6,9%
Des indicateurs de complétude, pour évaluer votre pratique de suivi	9	5,7%
Autres, précisez :.....	4	2,5%
TOTAL OBS.	159	

D'après l'enquête réalisée auprès des professionnels du réseau (cf. graphique ci-après), les principales raisons qui empêchent les professionnels de créer un DPP sont :

- Les pratiques de suivi inadaptées pour 31% des professionnels (manque de temps - 18% des réponses – ou absence de réflexe de création – 13% des réponses) ;
- Le fait qu'ils ne se sentent pas concernés par la création du DPP (21% des professionnels n'ayant pas créé de DPP considèrent que ce n'est pas à eux d'inclure le patient, donc de créer son DPP) ;
- Le manque de ressources informatiques sur place (10% des professionnels manquent de matériel).

Si vous n'avez pas inclus de patient dans le réseau (pas créé de Dossier Patient Partagé) pouvez-vous expliquer pourquoi ?



3.1.2. La coordination des professionnels

Le réseau assure une coordination des professionnels signataires de la charte, à travers deux types d'actions :

- L'organisation des formations-coordinations, par bassin de vie et selon des modalités participatives afin de favoriser les échanges entre professionnels exerçant sur un même territoire (cf. chapitre 2.2.3 à ce sujet) ;
- La mise à disposition des professionnels du système d'information du réseau (DPP et messagerie sécurisée).

Comme indiqué précédemment, les professionnels ayant répondu à l'enquête sont satisfaits des modalités de mise en œuvre des formations et de leur caractère pluridisciplinaire. **Cependant, une minorité non négligeable des professionnels (30,8%) estiment que les formations-coordinations ne leur ont pas permis d'améliorer ou d'approfondir leurs relations avec les autres professionnels exerçant sur le bassin de vie.**

De son côté, **le DPP enregistre un taux d'utilisation par les membres du réseau encore insuffisant pour en faire l'outil de coordination conçu à l'origine** (cf. supra) :

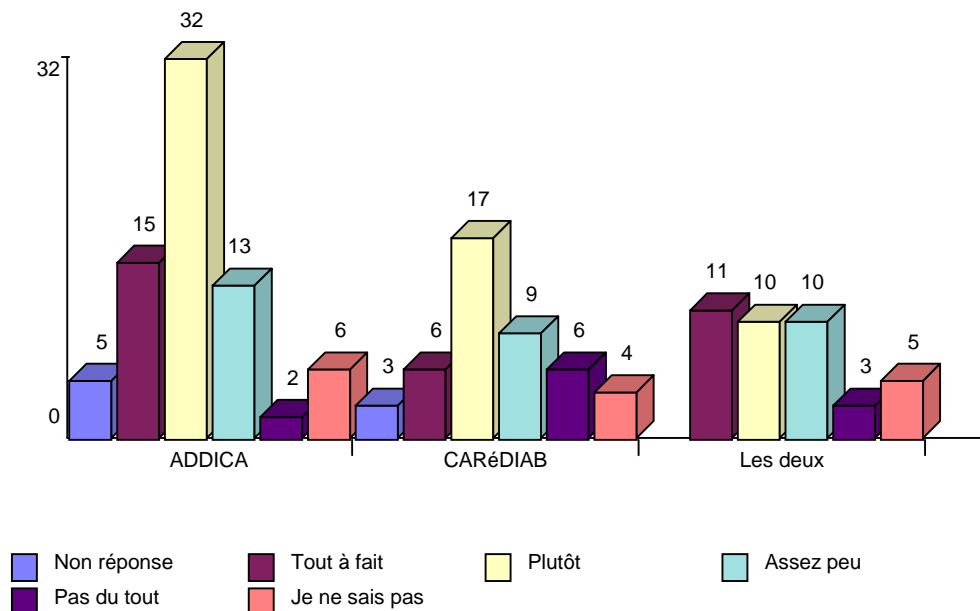
- 60% des professionnels ne créent aucun dossier, 30% en créent très peu ;

- Les professionnels qui créent et/ou modifient des DPP ne remplissent pas suffisamment les DPP (les taux de remplissage sont détaillés en partie 4 du présent rapport) à titre d'exemple :
 - 40% des DPP ADDICA n'indiquent pas le ou les motifs de prise en charge à l'inclusion – autrement dit le produit qui induit la dépendance ;
 - 50% des DPP de patients pris en charge au titre du tabac – ceux pour lesquels le motif de prise en charge « Tabac » est effectivement renseigné – n'indiquent pas le nombre de cigarettes fumées quotidiennement à l'inclusion ;
 - seuls 16% des DPP CARÉDIAB indiquent, dans la fiche d'Inclusion, de quel type de diabète le patient est atteint...).

Enfin, la messagerie sécurisée présente un taux d'utilisation en diminution depuis 2006, surtout pour le réseau ADDICA, ce qui diminue l'intérêt de cet outil pour la coordination entre professionnels (cf. graphiques en partie 2 du présent rapport, sur l'utilisation des outils du système d'information).

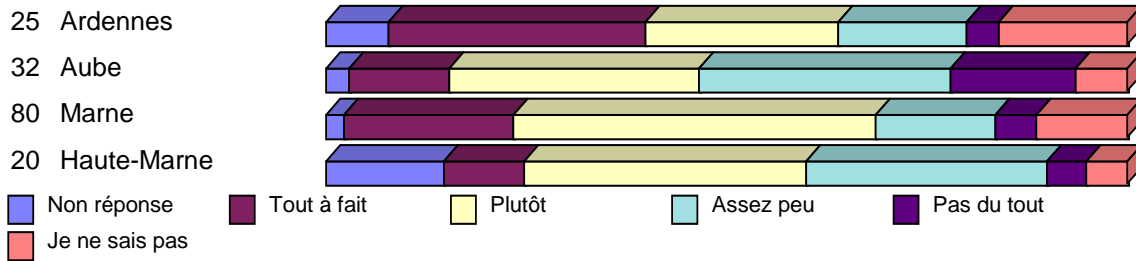
Au total, seuls 60,7% des membres d'ADDICA et 52,4% des membres de CARÉDIAB ayant répondu à l'enquête **estiment que les modalités actuelles de coordination entre professionnels sont satisfaisantes :**

Est-ce que les modalités actuelles de coordination avec les autres professionnels vous semblent suffisantes ? (réponses données en effectifs)



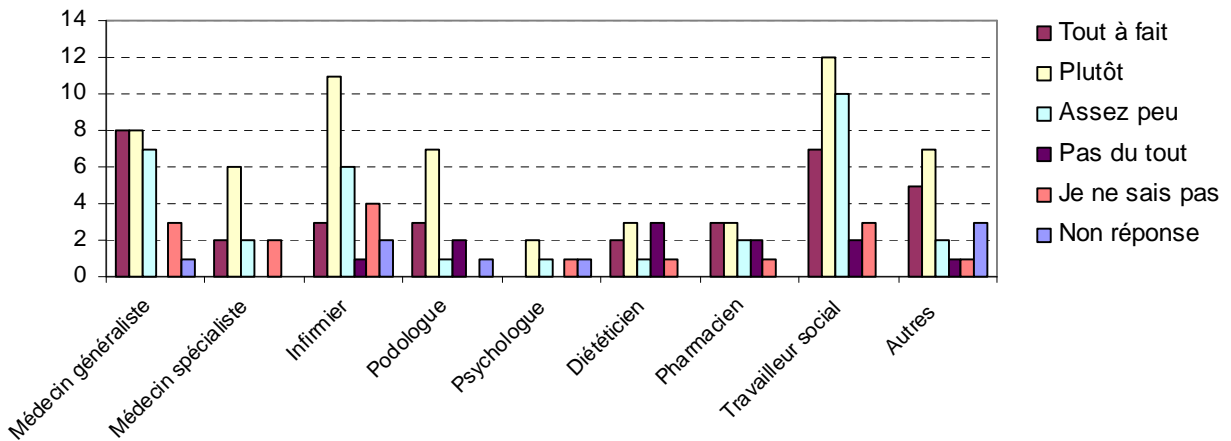
Le taux de satisfaction varie également en fonction du département d'exercice des professionnels interrogés ; l'Aube (avec 47% d'insatisfaits) et la Haute-Marne (avec 35%) présentent les taux d'insatisfaction les plus élevés :

Est-ce que les modalités actuelles de coordination avec les autres professionnels vous semblent suffisantes ? (réponses données en effectifs)



Le graphique ci-après détaille ces taux de satisfaction par profession : diététiciens et pharmaciens sont les moins satisfaits, devant les travailleurs sociaux, infirmiers, médecins généralistes, podologues et psychologues (classement par ordre décroissant, sur la base de la part de réponses « assez peu » ou « pas du tout » dans le total des réponses de chaque profession).

Est-ce que les modalités actuelles de coordination avec les autres professionnels vous semblent suffisantes ? (réponses données en effectifs)



Les professionnels interrogés ont émis des suggestions d'amélioration de la coordination. Il s'agit, par ordre de priorité (cf. tableau ci-après) :

- **de mettre en place des réunions de synthèse pluridisciplinaires** (distinctes des formations)
- d'augmenter les échanges par e-mail : à cet égard, la messagerie sécurisée est peut-être mal connue des professionnels
- d'organiser des conférences téléphoniques
- d'augmenter la fréquence des réunions locales de professionnels (à l'occasion des formations-coordinations ou en dehors de ce calendrier).

Si vous estimez que les modalités actuelles de coordination ne suffisent pas, de quels moyens supplémentaires souhaiteriez-vous bénéficier ?	Réponses en effectifs	Réponses en % dans le total
Non réponses	106	66,7
Des réunions de synthèse pluridisciplinaires	46	28,9
Des conférences téléphoniques	2	1,3
Autres	5	3,1
Total des réponses	159	100

3.2. L'appropriation des objectifs du réseau

3.2.1. L'appropriation des objectifs du réseau et l'adéquation du réseau aux besoins des professionnels

L'appropriation des objectifs du réseau par les professionnels peut être mesurée par :

- leur connaissance des critères d'inclusion des patients dans le réseau : cet aspect a été mesuré plus haut, et les motifs d'inclusion cités par les professionnels correspondent bien aux critères affichés par le réseau ;
- leur connaissance et leur utilisation des services proposés par le réseau, via les partenariats qu'il a noué (la philosophie du réseau est de favoriser l'orientation des patients par les professionnels vers les prises en charge déjà existantes, plutôt que de développer en interne des activités propres et donc potentiellement redondantes).

3.2.1.1 Les services proposés par les partenaires du réseau ne sont pas suffisamment connus des professionnels

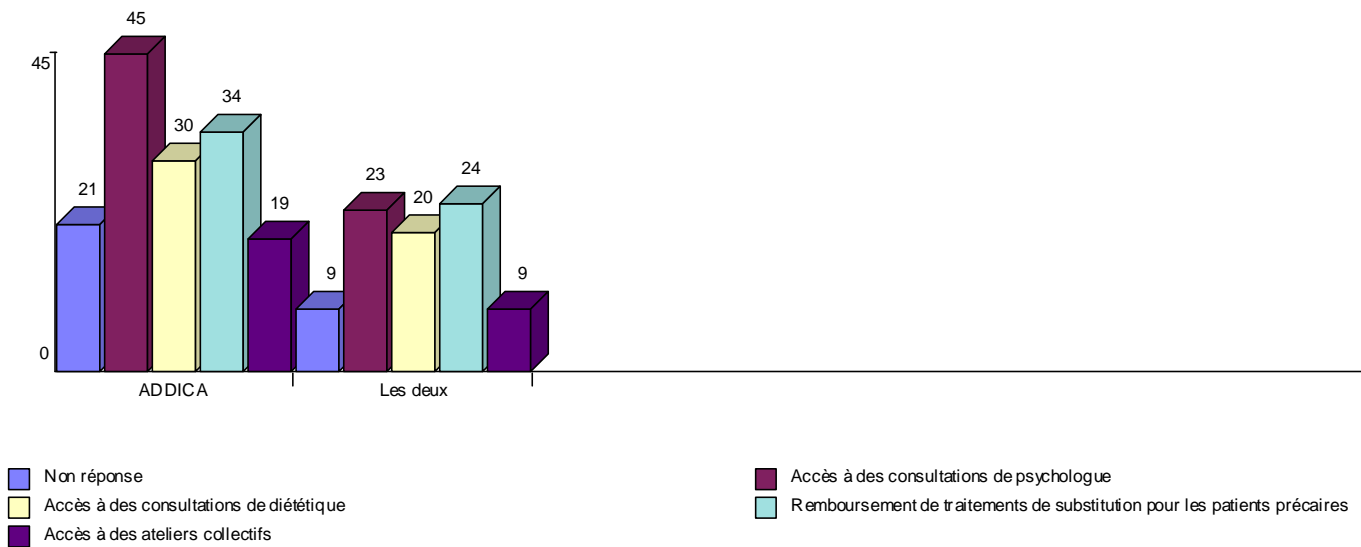
Les services proposés par des partenaires du réseau sont les suivants :

- pour ADDICA, il s'agit de l'orientation des patients vers les consultations de psychologue et des consultations de diététique proposées par des centres partenaires ; le réseau organise également, en collaboration avec d'autres organismes, un soutien aux patients précaires souhaitant arrêter de fumer (avance du prix des 15 premiers jours de traitement).
- pour CARÉDIAB, il s'agit de l'accès aux structures départementales d'éducation thérapeutique (UTEP, Maison de la Nutrition...) qui proposent différentes prestations (consultations spécialisées, ateliers collectifs...).

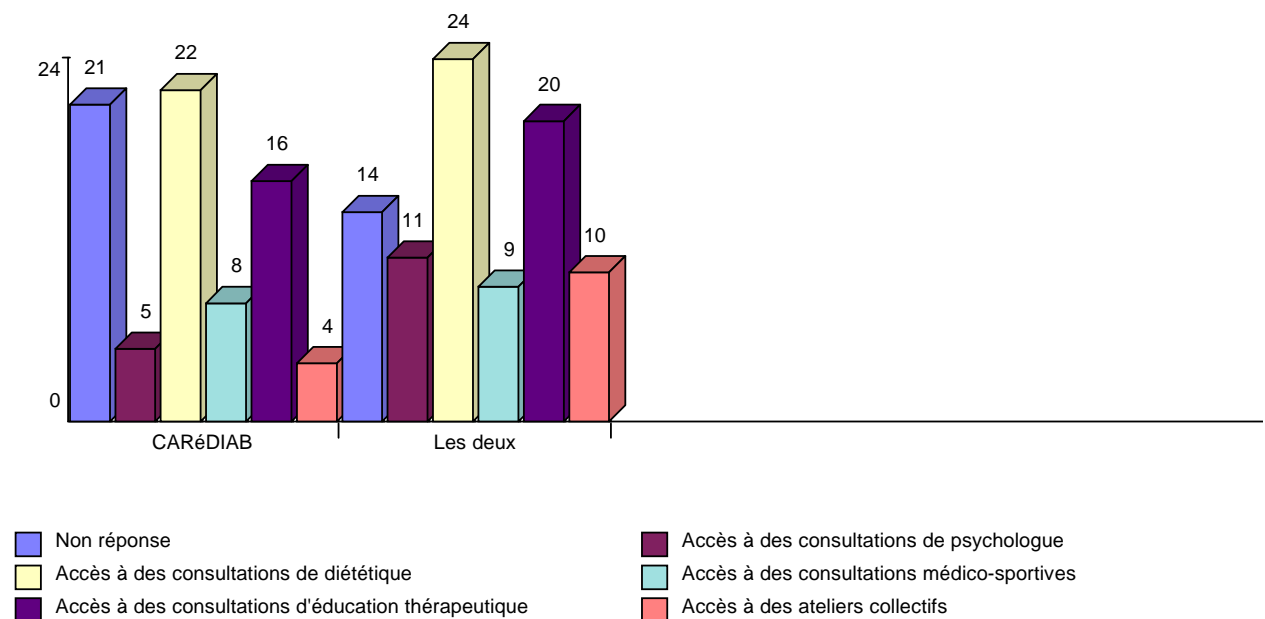
D'après le graphique suivant, le service le plus connu des professionnels au sein du réseau ADDICA est l'accès à des consultations de psychologue ; c'est également le plus utilisé. Viennent ensuite le remboursement des 15 premiers jours de substitution nicotinique pour les patients précaires, et l'accès à des consultations de diététique. Pour CARÉDIAB, l'accès à des consultations de psychologue et l'accès à des consultations de diététique sont les deux services les plus connus.

Cependant, **27% des professionnels membres d'ADDICA et 42% des membres de CARÉDIAB ont indiqué qu'ils ne connaissaient aucun des services proposés par les partenaires du réseau** (cf. le nombre de « non-réponse » sur le graphique : il signifie que le professionnel n'a coché aucun des services mentionnés).

Pour ceux de vos patients qui souhaitent arrêter de fumer, connaissez-vous les services proposés par les partenaires du réseau ADDICA ? (réponses indiquées en effectifs)



Pour ceux de vos patients qui sont diabétiques, connaissez-vous les services proposés par les partenaires du réseau CARÉDIAB ? (réponses indiquées en effectifs)

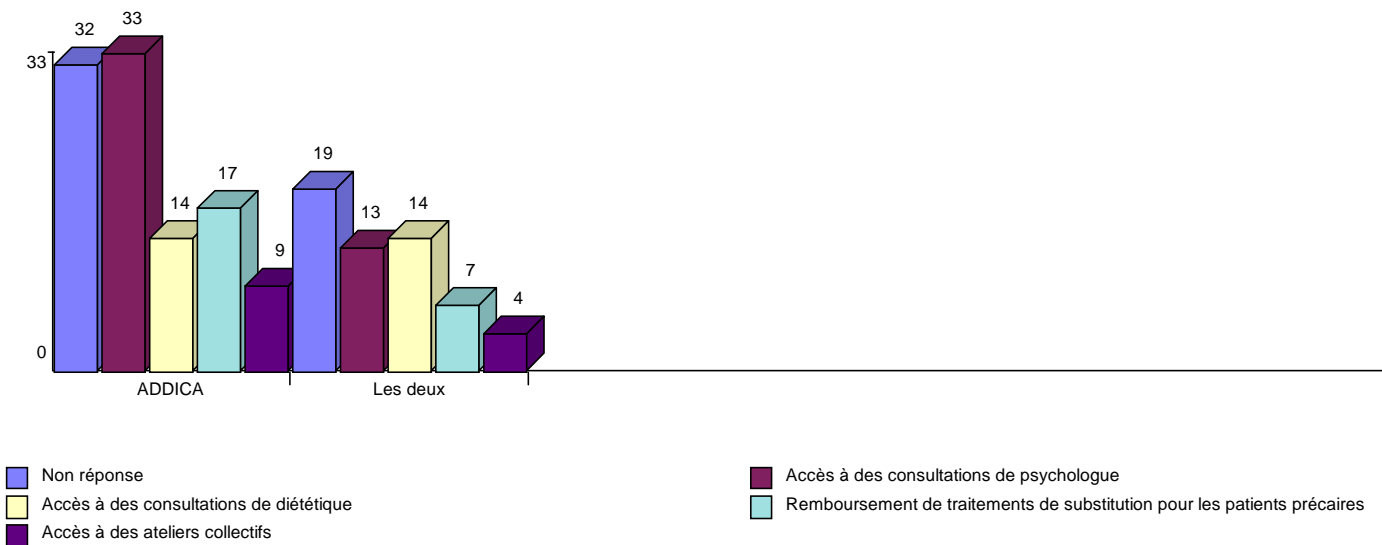


Les professionnels ne connaissent donc pas suffisamment les services proposés.

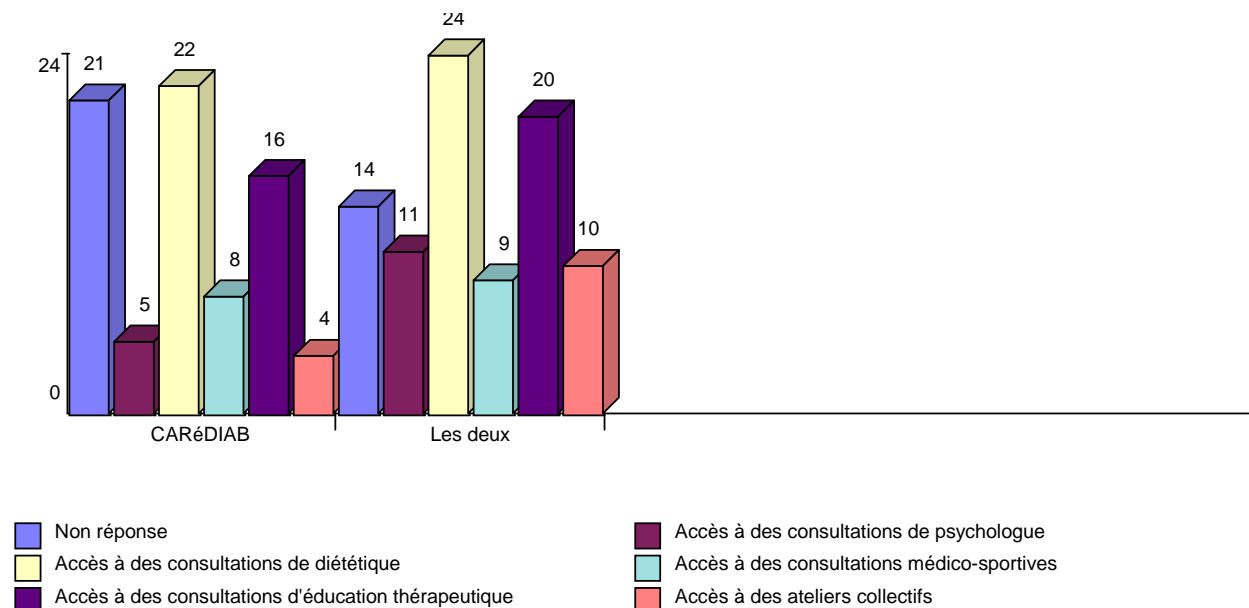
3.2.1.2 Les services proposés par les partenaires du réseau ne sont pas suffisamment utilisés

Si certains membres ne connaissent aucun des services proposés, **ils sont encore plus nombreux (46% chez ADDICA et 52,4% chez CARÉDIAB) à ne pas utiliser les services (cf. nombre de non-réponses), alors même qu'ils peuvent en avoir connaissance.**

**Avez-vous orienté des patients vers les services proposés ?
(réponses pour ADDICA, indiquées en effectifs)**



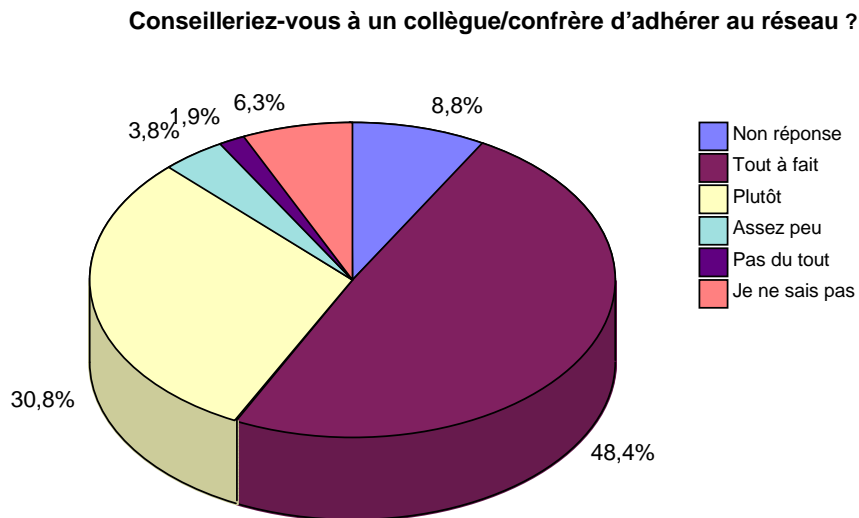
**Avez-vous orienté des patients vers les services proposés ?
(réponses pour CARÉDIAB, indiquées en effectifs)**



Ces chiffres sont à mettre au regard des constats exprimés par les partenaires du réseau, quant au faible nombre de patients orientés vers leurs services par des professionnels membres des réseaux ADDICA ou CARÉDIAB.

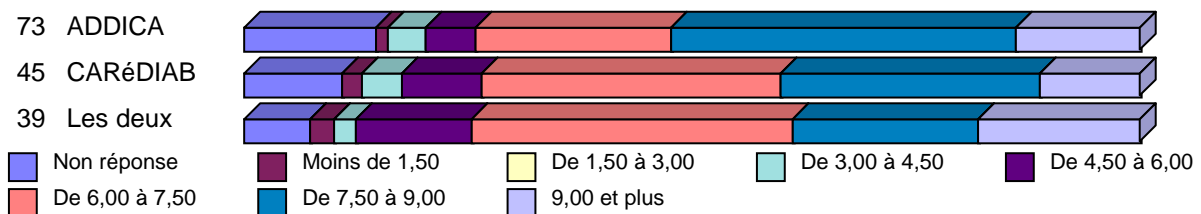
3.2.2. Satisfaction globale des professionnels vis-à-vis du réseau

Au total, près de 80% des professionnels ayant répondu à l'enquête sont suffisamment satisfaits de leur collaboration avec le réseau pour conseiller à un autre professionnel d'y adhérer (cf. graphique ci-après) :



Les professionnels attribuent au réseau une note moyenne de 7,12 sur 10. La note varie légèrement en fonction de la thématique concernée, les professionnels membres d'ADDICA accordant à leur réseau une note légèrement supérieure (en moyenne) à celle accordée par les membres de CARÉDIAB à leur propre structure.

Etes-vous globalement satisfait(e) du réseau ? (attribuez une note entre 1 et 10)



Les professionnels sont d'autant plus satisfaits du réseau que ce dernier est essentiellement, pour eux, un organisateur de formations bien conçues, pointues et participatives. Ils expriment ainsi une satisfaction sur la qualité des « droits » qui leur sont offerts par le réseau. En revanche, les professionnels étant peu engagés dans la démarche de partage promue par le réseau (ils n'utilisent pas, ou très peu, le DPP), ils ne peuvent pas juger de la pertinence et/ou de la facilité d'accomplissement des « devoirs » que devrait impliquer la participation au réseau. La satisfaction « générale » ainsi exprimée par les professionnels ne s'applique, en réalité, qu'à une des dimensions du réseau.

D'ailleurs, les axes de progrès identifiés par les professionnels concernent essentiellement la dimension de partage et la coordination. Les professionnels ont en effet émis les suggestions suivantes :

- **l'organisation de rencontres plus régulières entre professionnels**, notamment entre travailleurs sociaux et professionnels de santé, et dans les zones rurales ;
- **l'implication d'un nombre plus grand de professionnels dans le réseau** (y compris la problématique de l'utilisation effective des outils de partage d'information par ces professionnels) notamment les médecins spécialistes et les kinésithérapeutes ;
- **l'amélioration de l'outil DPP**, souvent cité comme complexe et/ou lourd d'utilisation ;
- **la poursuite de l'organisation des formations**, à deux « extrémités » du parcours des professionnels dans le réseau : des formations au fonctionnement en réseau envers les jeunes professionnels et des échanges autour de cas pratiques entre professionnels ayant déjà une bonne connaissance du fonctionnement en réseau ;
- **l'accroissement des échanges entre les professionnels et le réseau** (remontée des besoins vs. transmission d'informations sur les actions et services du réseau, en particulier dans les zones rurales) ;
- **la création d'ateliers thérapeutiques pour les patients.**

3.3. Synthèse de l'évaluation de la participation et de l'intégration des professionnels du réseau

3.3.1 Synthèse des constats

	Points forts	Points à améliorer
Evolution des adhésions	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le réseau a rempli ses objectifs en matière d'adhésions de professionnels 	
Diversité et complémentarité des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tous les professionnels concernés par la prise en charge des pathologies d'intervention du réseau sont représentés 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La prise en charge des patients par les professionnels est trop concentrée sur quelques professionnels
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les outils de coordination sont modernes et multiples 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les outils sont sous-utilisés ✓ Une forte minorité de professionnels ne sont pas vraiment satisfaits des modalités de coordination
Appropriation des objectifs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les professionnels incluent les patients conformément aux critères fixés par chaque réseau 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les professionnels connaissent mal les services proposés par les partenaires du réseau ✓ Les professionnels orientent peu les patients vers ces services
L'attractivité du réseau pour les professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les professionnels conseilleraient l'adhésion à leurs collègues / confrères 	
La participation et la motivation des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les professionnels sont satisfaits de leur participation au réseau 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les professionnels ne s'impliquent pas suffisamment dans la logique de fonctionnement en réseau et de coordination (sous-utilisation du système d'information et des services partenaires)

3.3.2 Recommandations

Sur le suivi des patients et l'utilisation du système d'information :

La faible mobilisation du système d'information du réseau par les professionnels implique de réexaminer la pertinence et/ou les modalités d'utilisation de certains outils :

- **La messagerie sécurisée est très peu utilisée**, en présence d'un concurrent (APICRYPT). Le maintien d'une messagerie sécurisée en présence d'un concurrent semble superflu ; cependant, la suppression de la messagerie sécurisée ne doit pas conduire à supprimer l'annuaire : ce dernier permettra aux professionnels du réseau de se contacter quand même, via APICRYPT ;
- **Les télé-expertises thématiques sont également de moins en moins mobilisées**. Elles doivent, certes, rester des outils de recours à la marge de l'exercice quotidien ; cependant, une communication renforcée autour de leur existence et une simplification de l'accès à ces applications (icône sur le bureau du poste informatique de chaque professionnel, par exemple) pourraient accroître leur mobilisation ;
- Enfin, **l'utilisation du DPP n'a pas été accrue** malgré les efforts de formation déployés par le réseau. Sur ce dernier point, plusieurs actions complémentaires peuvent être envisagées :
 - **La mobilisation des patients**, grâce à une communication plus directe vers cette cible, et le développement par le réseau de prestations dérogatoires plus nombreuses à leur égard - avec un accès à la prestation soumis à ouverture du DPP - pourraient contribuer à améliorer le nombre de professionnels qui créent des DPP.
 - Au-delà de la création du DPP, et pour assurer un remplissage régulier et suffisant, on peut envisager **une structuration du parcours du patient en plusieurs étapes** identifiées dès le départ, et qui correspondent aux supports proposés dans le DPP : à l'entrée dans le réseau, un plan personnalisé de santé peut être défini par le médecin traitant ou le professionnel référent, à partir du bilan d'inclusion ; ce plan détermine les échéances régulières auxquelles le patient bénéficiera d'un bilan de situation, et les objectifs à atteindre à ces échéances. Ce temps de bilan initial doit être rémunéré (c'est déjà le cas pour ADDICA mais ce doit l'être pour CARÉDIAB).
 - **La création et le suivi régulier des dossiers patients informatisés doivent être rémunérés systématiquement** : ADDICA indemnise déjà la

création du DPP et la réalisation de deux bilans de l'addiction par an et CARÉDIAB indemnise la réalisation d'un bilan annuel, mais il est nécessaire que la création du DPP CARÉDIAB soit rémunérée. En outre, la création d'un DPP ADDICA ou CARÉDIAB ne devra être rémunérée que si le taux de remplissage des données relatives au patient, dans le bilan d'inclusion, est satisfaisant. Enfin, l'existence et les modalités de versement de ces prestations dérogatoires doivent être rappelées régulièrement à tous les professionnels ;

- **Les fiches à renseigner dans le DPP doivent être simplifiées** : actuellement structurées en conformité avec les recommandations de la HAS, ces fiches sont longues et comprennent des indicateurs multiples à renseigner. Pour ADDICA, la structuration en « Fiche d'Inclusion + une fiche de bilan par motif principal de prise en charge » (ces motifs étant le tabac, l'alcool, les drogues illicites, les médicaments psychotropes, les produits dopants, ou l'hépatite C) semble suffire. Pour CARÉDIAB, il est nécessaire d'améliorer la correspondance entre la fiche d'inclusion et la fiche de bilan annuel (les items ne sont pas les mêmes, ni libellés de la même manière). Il est également nécessaire de diminuer le nombre d'items prévus dans la fiche de bilan annuel (en revanche, le remplissage de la quasi-totalité des items ainsi retenus devra être obligatoire : actuellement les items sont très nombreux mais seulement 13 doivent obligatoirement être renseignés pour que le bilan soit publié). Par ailleurs, une réflexion est nécessaire quant au nombre de fiches différentes qu'il est possible de remplir, et aux items qui sont présentés dans ces fiches, afin que les professionnels n'aient pas à saisir plusieurs fois la même information sur plusieurs supports
- Enfin, **la perspective d'un DPP commun à tous les réseaux, avec la plateforme SISCA, doit être mise en avant** auprès des professionnels : cet outil commun leur évitera de maîtriser plusieurs dossiers médicaux informatisés, aux ergonomies et aux contenus très différents.

Sur les modalités de la coordination :

Les outils principaux de la coordination sont les formations et le système d'information proposés par le réseau. Puisque le système d'information est sous-utilisé, et que les formations-coordinations satisfont les professionnels sur tous les plans sauf celui des liens créés entre professions exerçant sur un même territoire, **le réseau doit rechercher et mettre en œuvre des modalités complémentaires de coordination**, dans la mesure où il s'adresse avant tout aux professionnels.

Il s'agit d'assurer un lien entre professionnels, à court et moyen terme, en attendant la progression de l'utilisation du DPP (conditionnée, notamment, par le développement des prestations dérogatoires et la mise en place d'un DPP commun à tous les réseaux).

Afin d'améliorer la coordination, et en tenant compte du nombre important de formations déjà réalisées dans chaque bassin de vie, **le réseau pourrait envisager de remplacer une des journées (entières) de formation annuelle sur un bassin de vie par l'organisation de deux à trois réunions plus courtes (deux heures, en soirée) destinées à l'échange entre professionnels autour de cas concrets de prise en charge (réunions de coordination/de synthèse)**. Afin qu'une telle organisation soit compatible avec la taille du réseau, ces temps d'échange doivent être réservés à la coordination autour des patients les plus complexes, ceux qui nécessitent véritablement un échange et/ou pour lesquels le professionnel référent du patient a exprimé ce besoin. Ils pourraient être complétés par des conférences téléphoniques, une fois que les professionnels qui suivent le patient ont été identifiés, dans le cadre de la première réunion physique.

Sur l'appropriation des objectifs du réseau par les professionnels :

Les professionnels doivent être mieux informés des actions proposées par les partenaires du réseau. Cette amélioration de la diffusion de l'information repose sur plusieurs actions simultanées :

- Concevoir et diffuser une plaquette par thématique, qui récapitule les actions proposées, avec les modalités d'accès à ces prestations et les coordonnées des partenaires correspondants (adaptées en fonction du département concerné) ;
- Tenter d'impliquer davantage les partenaires du réseau dans la dynamique du réseau (même si le réseau a beaucoup fait en la matière), en lien avec les financeurs de ces organismes, afin qu'ils fassent connaître leurs services et leur implication dans le suivi des patients ;
- Mettre les services proposés par les partenaires en évidence sur le site Internet grand public de chaque réseau, en mentionnant les conditions d'accès à chacune de ces prestations.

En combinant ces trois approches (information des professionnels, implication accrue des partenaires dans la vie du réseau et information des patients), le réseau pourrait obtenir les leviers nécessaires, non seulement à une **meilleure connaissance** des services par les professionnels, mais également à une **orientation accrue** des patients vers ces services (les patients pouvant solliciter d'eux-mêmes l'orientation vers les partenaires, auprès de leur professionnel de santé habituel).

Cette approche pourra être complétée par le développement de prestations complémentaires, assurées par le réseau lui-même, sur le modèle de ce qui avait été présenté au titre du FIQCS 2009 (cf. le parcours d'éducation thérapeutique pour le diabète et son extension prévisionnelle aux patients en situation d'addiction). L'existence de telles prestations représenterait un levier important pour attirer des patients vers la démarche réseau.

Il ne s'agit, en aucun cas, de favoriser une attitude « consumériste » chez les patients concernés. Au contraire, cette sollicitation pourra être l'occasion d'un échange bénéfique entre le professionnel et le patient, sur les tenants et aboutissants de sa prise en charge et de sa motivation. Ainsi, **la meilleure information du patient et sa démarche de sollicitation auprès du professionnel participeront de sa réintégration dans le parcours de soin et de son positionnement renforcé comme acteur éclairé de sa propre prise en charge.**

De manière transversale, en ce qui concerne la participation des professionnels, il est recommandé que le réseau adopte une stratégie de stabilisation des inclusions de professionnels (qui sont désormais suffisantes par rapport aux objectifs fixés par la MRS) et consacre davantage ses efforts à la mobilisation des professionnels déjà membres et à leur implication réelle dans le réseau (inclusion et suivi coordonné des patients, évolution des pratiques et des prescriptions conformément aux recommandations), au-delà de l'assiduité aux formations.

**Evaluation de la participation et de l'intégration des professionnels
auprès du réseau régional :**

- A : le réseau X satisfait aux exigences de l'évaluation**
- B : le réseau X satisfait en grande partie aux exigences de l'évaluation**
- C : le réseau X satisfait partiellement aux exigences de l'évaluation**
- D : le réseau X ne satisfait pas aux exigences de l'évaluation**

4.L'impact du réseau sur l'état de santé des patients et sur les pratiques professionnelles

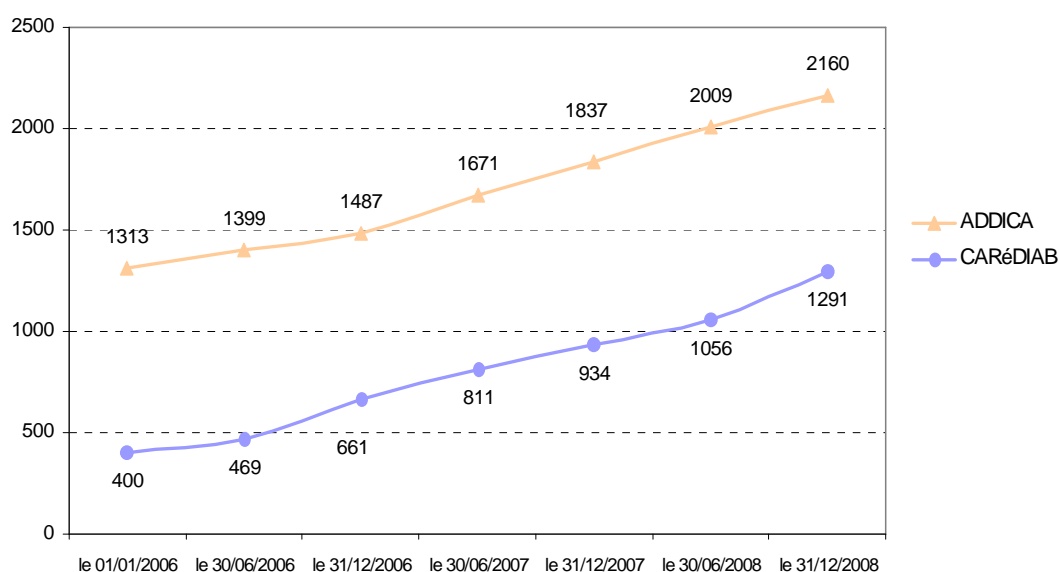
4.1.La prise en charge des patients dans le réseau et son impact sur leur état de santé

4.1.1.La file active

L'évolution des inclusions

Les deux réseaux thématiques ont enregistré une progression continue de leur file active entre 2006 et 2008 (cf. graphique ci-dessous).

Progression du nombre de patients inclus entre 2006 et 2008



Cependant, aucun des deux réseaux n'a pu atteindre au 31/12/08 le nombre de patients fixé par la convention de financement FICQS pour 2008 : ADDICA a réalisé 84% de son objectif de patients inclus (qui était de 2 500 patients en file active) et CARéDIAB a réalisé 86,1% de l'objectif fixé (qui était de 1 500 patients en file active).

Cette difficulté à atteindre l'objectif en termes de patients inclus est liée aux réticences des professionnels de santé à utiliser l'outil Dossier Patient Partagé (DPP). En effet, l'inclusion des patients dans le réseau coïncide avec l'ouverture d'un DPP à leur nom.

Par ailleurs, nous ne pouvons pas évaluer la pénétration de chaque réseau au regard d'un « effectif potentiel » de patients dans la région. En effet :

- pour la thématique addictions-précarité, l'effectif de patients potentiellement concernés ne peut être évalué à partir des données officielles existantes ;
- pour la thématique diabète, les effectifs régionaux de patients diabétiques sont connus mais le réseau n'a pas vocation à inclure tous les diabétiques : il se concentre sur l'amélioration du suivi des patients les plus complexes, dont le nombre potentiel est difficile à déterminer.

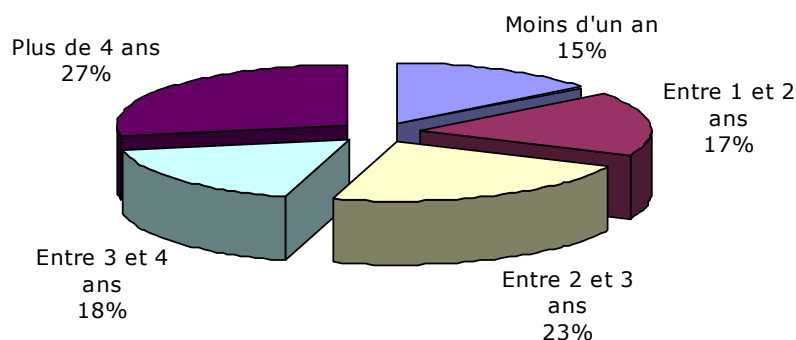
Les caractéristiques de la file active

Nous avons analysé ci-après la structure de la file active de chaque réseau thématique d'après les données contenues dans les DPP.

La répartition des patients selon leur ancienneté dans le réseau révèle un « cycle de vie » des patients plutôt court :

- les patients inclus dans le réseau ADDICA ont, en majorité, moins de 3 ans d'ancienneté dans le réseau, et la durée moyenne d'inclusion dans le réseau pour les patients sortis d'ADDICA est inférieure à 2 ans. Cette particularité peut s'expliquer par les objectifs de prise en charge (après l'arrêt du tabac, par exemple, le suivi du patient ne nécessite plus forcément l'outil DPP) ;

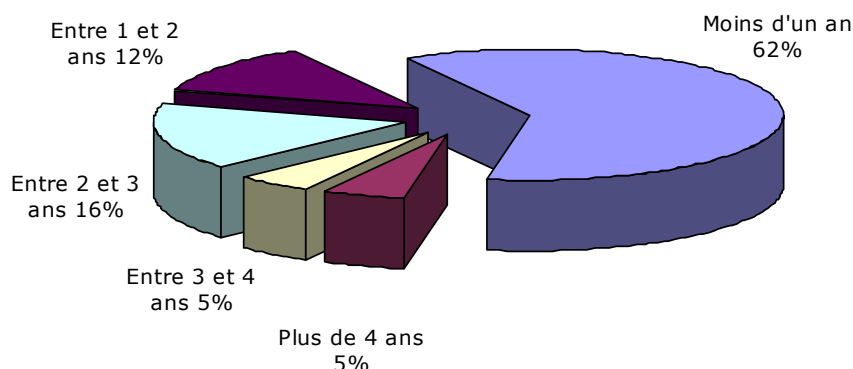
Temps de présence dans le réseau ADDICA



- du côté de CARÉDIAB, même en tenant compte de la mise en place récente du DPP, les dossiers patients sont également très récents (près des 2/3 des dossiers

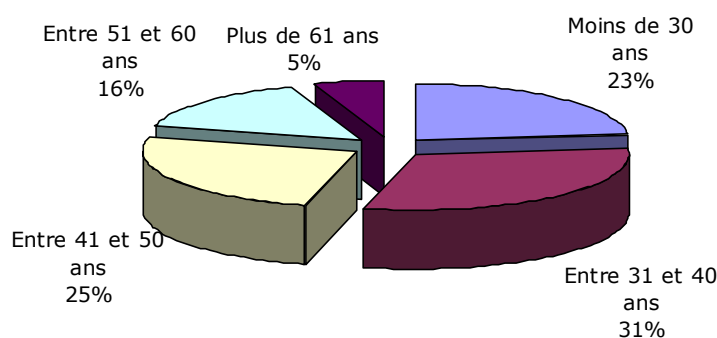
de la file active ont moins d'un an, et les patients sortis du réseau sont restés moins d'un an et demi en moyenne). Ceci peut s'expliquer par le faible nombre de DPP créés lors des premières années de fonctionnement du réseau (lent décollage), avec une accélération à partir du 2^e semestre 2007.

Temps de présence dans le réseau CARéDIAB



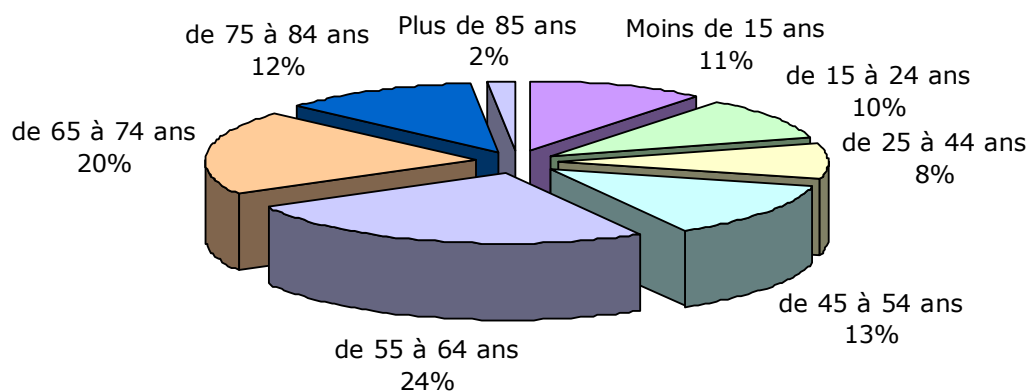
De même, les patients du réseau ADDICA sont plutôt jeunes à leur entrée dans le réseau (la majorité a moins de 40 ans à l'inclusion, et moins de 5% des patients a plus de 60 ans à l'inclusion).

Age des patients à l'entrée dans le réseau ADDICA



En revanche, les patients du réseau CARéDIAB sont assez âgés : la moyenne d'âge à l'inclusion est à 52 ans, avec un écart-type important (23 ans), lié à la présence d'enfants (11% des patients bénéficiant d'un DPP CARéDIAB ont moins de 15 ans, en raison de la participation active au DPP d'un médecin membre d'un service de diabétologie pédiatrique). L'échelle de répartition par âge utilisée ci-dessous est conforme aux critères de l'ANCRED :

Age des patients à l'entrée dans le réseau Carédiab



Ces données de temps de présence dans le réseau et d'âge des patients sont les seules données exhaustives que nous avons pu extraire de la plateforme DPP de chaque réseau. Les autres caractéristiques des patients, qui auraient dû être renseignées dans les fiches d'inclusion (des items spécifiques y sont prévus), étaient généralement absentes des DPP existants, en raison d'un remplissage insuffisant des fiches d'inclusion par les professionnels. Ce défaut de remplissage est valable également tout au long du suivi des patients (cf. infra, les impacts du réseau sur la santé des patients).

Ainsi, les autres caractéristiques de la file active de chaque réseau sont moins évidentes à déterminer :

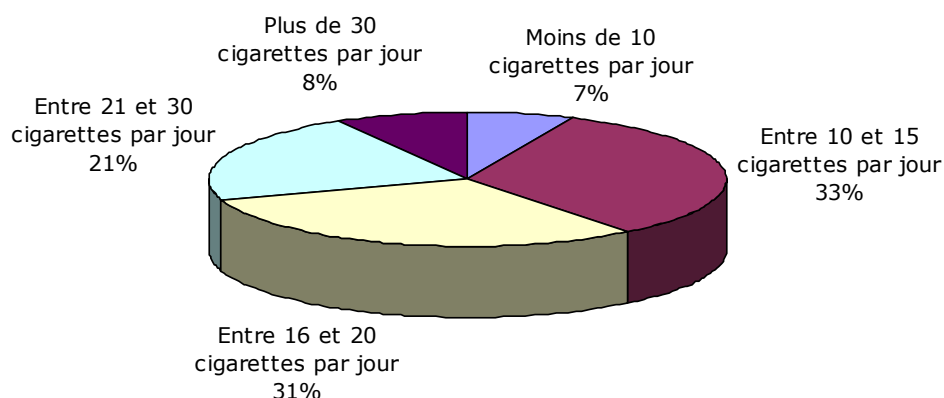
- pour le réseau ADDICA, le motif principal de prise en charge dans le réseau semble être le tabac (55,5% des DPP analysés) cependant, **40% des dossiers recensés dans la base d'ADDICA ne mentionnaient pas le motif principal de prise en charge ;**
- pour CARÉDIAB, **le type de diabète dont sont affectés les patients inclus n'est mentionné que dans 16% des dossiers**, et les diabètes de type 1 et 2 sont alors représentés à parts égales.

L'état de santé des patients à l'inclusion est également très difficile à déterminer pour les deux réseaux :

- pour ADDICA, par exemple :
 - Dans les DPP qui mentionnent explicitement le tabac comme motif principal de prise en charge (seulement 60% des DPP de la file active sont renseignés sur cet item), seuls 52% de ces DPP (soit 800 dossiers) indiquent le nombre de cigarettes fumées quotidiennement par le patient à son entrée dans le réseau ; la répartition des patients selon le nombre de

cigarettes fumées quotidiennement à l'entrée dans le réseau est représentée dans le graphique suivant :

Nombre de cigarettes par jour au moment de l'inclusion



- Parmi les 177 dossiers de patients où une dépendance à l'alcool est explicitement identifiée à l'inclusion comme motif de prise en charge, seuls 24 dossiers (soit 14%) faisaient mention du nombre de verres quotidiens associés à cette dépendance, ce qui est une cohorte insuffisante pour effectuer une analyse ;
- pour CARÉDIAB, en dehors du type de diabète (renseigné dans seulement 16% des DPP) :
 - La fiche d'inclusion ne prévoit pas la mention du LDL ;
 - La dernière mesure d'Hba1c à la date d'inclusion **n'est renseignée que dans 2,6% des dossiers** ;
 - L'existence ou non d'une hypertension artérielle à l'inclusion **n'est précisée que dans 4% des dossiers** ;
 - L'IMC est davantage renseigné, sans pour autant atteindre l'exhaustivité : seuls 60% des dossiers présentent cette donnée à l'inclusion ; 42% des patients pour lesquels cet item est renseigné présentent un IMC > à 30, caractéristique de l'obésité.

4.1.2. L'accompagnement et le suivi des patients

Le réseau ne prend pas en charge directement les patients. Il n'entre pas en contact direct avec eux. La plupart des actions proposées par le réseau le sont en partenariat avec une autre structure :

- **L'accueil, l'écoute, l'information et l'orientation du patient** sont réalisés par les professionnels de santé qui suivent le patient. Ce sont eux qui lui proposent l'adhésion au réseau, qui est présentée comme le corollaire de la création d'un Dossier Patient Partagé, qui lui présentent et lui font signer la Notice d'Information, et qui l'informent sur l'existence et le rôle des structures partenaires du réseau, voire l'orientent vers ces structures (UTEP, CCAA...)
- **Les professionnels membres du réseau ADDICA peuvent proposer à leurs patients les plus précaires (score EPICES > 30) un accompagnement à l'arrêt du tabac.** Cette opération est menée en partenariat avec l'ANPAA 51 et le CHU de Reims, au sein de la coordination tabacologique rémoise ; elle s'intitule « **Coup de Pouce** ». Elle comprend :
 - **Le remboursement des deux premières semaines de sevrage tabagique – soit une avance de 28 € sur le traitement.** C'est l'association ANPAA 51 qui règle l'avance des frais aux pharmaciens ; le rôle d'ADDICA est de fournir l'outil de coordination et de suivi de l'opération, via le DPP, qui permet également de produire un document d'information du patient sur les permanences d'accueil social. La première année de cette opération (octobre 2006 – octobre 2007) a permis de délivrer 70 prestations à 59 patients ; en 2008, elle a bénéficié à 44 patients.
 - **L'accès gratuit à des consultations de psychologue et de diététique, ainsi qu'à des ateliers collectifs.** Ces prestations sont proposées par des partenaires du réseau ADDICA et sont accessibles gratuitement aux patients orientés par les professionnels de santé dans le cadre de l'opération « Coup de Pouce ».
- **Le réseau CARÉDIAB proposait une prise en charge des soins podologiques**
 - Le réseau proposait la prise en charge (par indemnisation des podologues concernés) d'un bilan podologique, à la suite duquel le réseau pouvait prendre en charge 5 consultations de suivi podologique.

- Le réseau proposait également le remboursement des podo-orthèses et des prestations d'orthoplastie aux patients concernés par ce type de soins.

☞ **Ces prestations podologiques ont été mises en suspens fin 2008 :**

- La CPAM verse désormais des forfaits de suivi podologique aux podologues agréés, ce qui met fin au bien-fondé de la prestation dérogatoire mise en place par le réseau ;
- Le réseau est dans l'attente d'une décision de ses financeurs quant à la poursuite des remboursements de podo-orthèses et d'orthoplasties.

De 2006 à fin 2008, les prestations mises en place par le réseau ont bénéficié à un certain nombre de patients (cf. tableau ci-après) ; il semble donc pertinent de poursuivre ce type de prestations dérogatoires (notamment les podo-orthèses et orthoplasties, mal prises en charge par le droit commun à l'heure actuelle) :

	2006	2007	2008	TOTAL
Nombre de suivis podologiques réalisés	39	176	371	586
Nombre de podologues rémunérés	8	18	27	
Nombre d'orthèses remboursées		8	20	28
Nombre d'orthoplasties remboursées		1	5	6
Nombre de patients concernés	13 (2% de la file active 2006)	66 (7% de la file active 2007)	122 (9% de la file active 2008)	201

- **Fin 2008, le réseau CARÉDIAB a mis en place un dépistage de la rétinopathie** sur le secteur de Fumay dans les Ardennes, grâce à l'achat d'un rétinographe mobile et à la mobilisation d'une orthoptiste (pour réaliser les clichés) et d'ophtalmologues (qui lisent les clichés mis en ligne à travers le DPP). Ce service s'adresse à tout patient diabétique n'ayant pas bénéficié d'un suivi ophtalmologique depuis plus d'un an. **Au 1^{er} juillet 2009, 90 patients avaient bénéficié d'un dépistage grâce à ce système.**

4.1.3. L'impact du réseau sur l'état de santé des patients

La méthodologie retenue pour l'analyse des impacts du réseau sur l'état de santé des patients repose sur l'étude des évolutions de certains indicateurs de santé des patients, entre leur inclusion dans le réseau (T0) et leur dernier bilan de situation existant à la date d'extraction des données pour l'analyse (TN, ici le 1^{er} juillet 2009). Cette analyse, dite « quantitative » dans la mesure où elle repose sur l'étude de données chiffrées, est complétée par l'analyse des résultats d'une enquête par questionnaire auprès des patients eux-mêmes.

Dans le cadre de la présente évaluation, cette analyse d'impacts a été limitée par les particularités suivantes :

- les patients du réseau CARÉDIAB ne bénéficiaient pas de la réalisation d'un bilan annuel informatisé avant début 2009 ; il était donc impossible d'étudier l'évolution des principaux indicateurs de l'état de santé du patient diabétique (critères ANCRE) entre le bilan d'inclusion et les 2 à 3 bilans annuels suivants cette inclusion.
- par ailleurs, et de manière générale, les DPP existants dans la base de données de chaque réseau ne sont pas suffisamment remplis par les professionnels ; **le renseignement des données de santé relatives au patient est notamment insuffisant à l'inclusion, ce qui gêne considérablement toute analyse des évolutions par la suite ; c'est pourquoi l'analyse est souvent limitée à certains items des fiches d'inclusion.**
- enfin, l'enquête par questionnaire auprès des patients n'a pas enregistré un taux de retour suffisant pour permettre la prise en compte des réponses dans le présent rapport.

1 – Au niveau quantitatif

De manière générale, les DPP existants dans la base de données de chaque réseau ne sont pas suffisamment remplis par les professionnels (cf. les taux de remplissage indiqués pages 72-73). Il s'agit là d'un **problème majeur dans la mesure où ce défaut de remplissage ne permet une véritable évaluation des impacts et donc la mise en valeur des résultats** obtenus par les professionnels grâce au réseau.

Toutefois, certaines des données renseignées dans le DPP l'étaient pour une cohorte de patients qui, tout en étant très inférieure au volume de la file active totale, **reste valable statistiquement.** Ce sont les résultats d'analyse de ces données « exploitables » qui sont présentés ci-après.

Pour ADDICA :

- Sur les 411 patients dont le motif de prise en charge « Tabac » est précisé dans le DPP (pour 40% des DPP, aucun motif n'est renseigné), et dont la consommation de cigarettes est effectivement renseignée dans le DPP à l'inclusion et en continu, **le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour passe de 21 à 17** entre l'inclusion et la dernière fiche de suivi actualisée. En outre, 98 de ces patients ont arrêté de fumer d'après leur dernière fiche (**soit 24% de l'effectif**), et sur les 262 qui n'ont pas arrêté, 136, **soit 52%, ressentent une amélioration de leur situation** (amélioration moyenne de 6,8 sur une échelle de 0 à 10). **Ce premier impact, enregistré sur une masse de patients suffisante, est positif.**

- Parmi les 135 patients pris en charge dans le cadre de **l'opération Coup de Pouce** (non compris dans les 411 patients ci-dessus) :
 - o Tous ont un score de précarité (Score EPICES) supérieur à 30 (bien supérieur même, la moyenne étant à 64,5), ce qui les rend bien éligibles à la prestation ;
 - o **36 ont arrêté de fumer** (d'après leur dernière fiche de suivi) **soit 27% de l'effectif** ;
 - o parmi les 99 restants, **28 (soit 28%) ont ressenti une amélioration de leur situation** (en moyenne, amélioration de 6 sur une échelle de 0 à 10), 37 n'ont pas ressenti d'amélioration, et 18 patients ont un dossier incomplet (réponse non renseignée à cette question).

L'impact de cette prise en charge semble donc, en l'état actuel des connaissances disponibles au sein du réseau, comparable à une prise en charge sans « Coup de Pouce ». Cependant, les publics auxquels s'adresse « Coup de Pouce » n'auraient peut-être pas enregistré des taux d'arrêt du tabac comparables aux autres patients, en l'absence de cette prestation spécifique. En effet, leur état de motivation (indice de Prochaska) était inférieur, en moyenne, à celui des autres patients.

- Parmi les 177 patients dont le motif de prise en charge à l'inclusion est bien renseigné, et indique une **dépendance à l'alcool** :
 - o 25 patients avaient démarré une démarche de sevrage selon leur dernière fiche de suivi
 - o 34 patients avaient démarré une démarche de sevrage et une démarche d'abstinence
 - o 21 patients avaient démarré une démarche d'abstinence.

Parmi les 25 patients n'ayant entamé aucune démarche, 2 avaient tout de même ressenti une amélioration de leur situation.

Outre le ressenti d'amélioration de leur situation de la part des patients suivis, nous aurions souhaité analyser l'évolution du nombre de verres d'alcool ingérés quotidiennement par les patients. **Cependant, cette analyse s'est avérée impossible** : trop peu de DPP « Alcool » comprenaient cette donnée à l'inclusion (24 DPP sur 177) comme en suivi (53 DPP sur 177) ; en outre, lorsque le nombre de verres était renseigné dans la fiche de suivi mais pas dans la fiche d'inclusion, l'évolution du nombre moyen de verres consommé ne peut être comptabilisée (elle doit, la plupart du temps, rester stable ou évoluer à la baisse).

- **Parmi les 140 patients dont le motif principal d'inclusion est effectivement renseigné et comprend les drogues illicites** (seules ou combinées à d'autres toxicomanies motivant le suivi) :
 - o Seuls 7 patients bénéficiaient (d'après les données de leur DPP) d'un traitement de substitution à l'inclusion dans le réseau ;
 - o En revanche, 52 patients supplémentaires se sont vus prescrire de la Méthadone ou du Subutex après l'inclusion (le nombre total de patients mis sous traitement après inclusion est de 209, ce qui représente un impact encore plus favorable, mais nous n'avons retenu ici que les patients pour lesquels les drogues illicites étaient bien mentionnées dans le motif d'inclusion initial).

Ces prescriptions de traitement de substitution représentent un **impact positif important** pour les patients concernés.

Pour CARÉDIAB :

IMC

Parmi 2 000 dossiers recensés, seuls 57 – soit 3% - présentent deux mesures d'IMC (à l'inclusion, puis dans une fiche postérieure, quelle qu'elle soit). Ce nombre est insuffisant pour réaliser une évaluation de l'impact de l'inclusion dans le réseau sur l'évolution du poids des patients. C'est d'autant plus regrettable que 514 patients (25% des patients inclus) présentaient, à l'inclusion, un IMC supérieur à 30, c'est-à-dire une situation d'obésité nécessitant un suivi particulier.

Activité physique

De même, alors que la file active est composée à 25% de patients en situation d'obésité, seuls 3% des dossiers mentionnent un suivi spécifique sur l'activité physique. Les autres patients ont pu bénéficier d'un tel suivi, mais le fait que leur dossier ne soit pas rempli ne favorise pas la valorisation de cette activité.

Consultations ophtalmologiques

139 patients ont bénéficié d'une consultation d'ophtalmologie, dont 90 à l'occasion d'un dépistage de rétinopathie. Parmi ces derniers, 67 soit les $\frac{3}{4}$ ne présentaient aucun trouble particulier, un seul patient présentait une rétinopathie avérée (avec prescription d'une consultation dans les 3 semaines), 2 patients présentaient un risque rétinopatique (prescription d'une consultation dans les 3 mois) et 12 patients se sont vus prescrire un suivi régulier (consultation dans les 6 mois).

Hba1c

160 dossiers patients seulement indiquent la valeur de l'Hba1c à l'inclusion ; elle est en moyenne de 11,3, ce qui représente une glycémie très élevée et un facteur de risque important. Après l'inclusion, les patients ont bénéficié en moyenne de 2,4 mesures par an, ce qui est inférieur aux 3 à 4 mesures préconisées par les critères ANCREd). L'obtention de ce chiffre a nécessité des retraitements importants : en effet, pour obtenir l'ensemble des mesures effectuées nous avons dû extraire l'ensemble des valeurs mentionnées dans le DPP, quel que soit le contexte dans lequel ces valeurs étaient renseignées ; or, certains dossiers patients mentionnaient la même valeur, mesurée à la même date, dans plusieurs endroits du DPP. En raison de ce retraitement complexe, nous n'avons pu extraire que le nombre moyen des mesures effectuées chaque année, sans pouvoir calculer la valeur moyenne de ces mesures.

LDL

Parmi les 68 dossiers patients comprenant la mesure du LDL dans le cadre de la fiche de suivi, 15 (soit 22% de l'effectif) présentaient un LDL > à 1,30 ; là aussi, un cholestérol supérieur au seuil de 1,3 g/l de sang représente un facteur de risque important.

Pied diabétique

233 patients ont bénéficié d'un suivi podologique dans le cadre du réseau : en moyenne, ces patients ont bénéficié de 3 à 4 consultations podologiques après leur entrée dans le réseau.

L'item « grade du pied » est très peu renseigné ; cependant, parmi les 24 patients de grade 2 et 3, les $\frac{2}{3}$ ont eu accès à un suivi podologique, ce qui est correct.

2 – Au niveau qualitatif

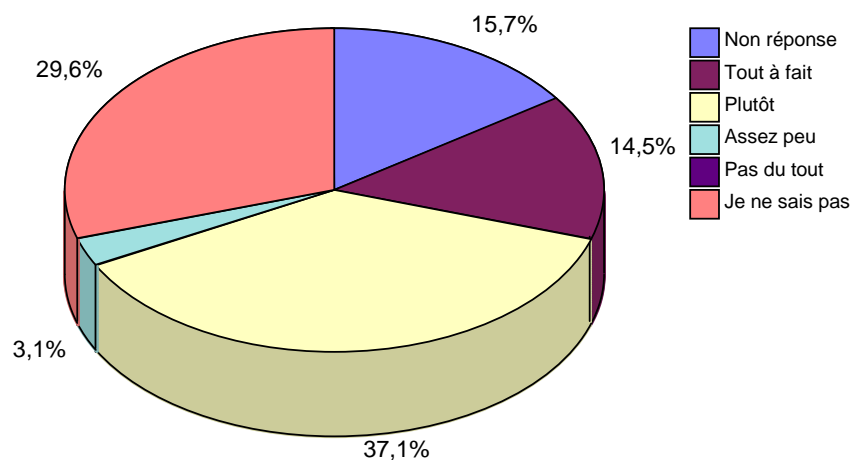
L'étude menée par Eliane Conseil auprès des professionnels partenaires du réseau a permis de déterminer leur satisfaction vis-à-vis de la prise en charge, et leur ressenti quant aux améliorations que le réseau a pu apporter dans la vie des patients.

En revanche, la satisfaction des patients eux-mêmes n'a pas pu être mesurée, faute d'un taux de retour suffisant des questionnaires.

L'impact du réseau sur les patients selon les professionnels

45% des professionnels (cf. graphique ci-après) ne savent pas si le réseau permet d'améliorer la prise en charge globale des patients. En l'absence de remplissage du DPP, et sans modalité véritablement satisfaisante d'échange pluriprofessionnel autour des patients, les professionnels ont en effet peu de visibilité sur les impacts du réseau en matière de santé des patients.

Estimez-vous au total qu'un patient pris en charge dans le réseau soit mieux suivi qu'un patient en dehors ?



4.2. Evaluation de l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles

La mesure de l'impact d'un réseau sur les pratiques des professionnels peut être réalisée par le biais de :

- **l'observation de l'évolution de leur pratique du suivi** : taux de remplissage des différents bilans, fréquence des bilans, évolution des prescriptions contenues dans les bilans initiaux et annuels, au regard de l'état de santé du patient (ces impacts concernent aussi bien les réseaux diabète comme CARÉDIAB, que les réseaux Addictions comme ADDICA, dans la mesure où ce réseau prévoit la rémunération de deux bilans semestriels de l'addiction, par patient et par année, afin d'encourager le suivi régulier des patients par les professionnels), résultats de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles. **L'étude de ces évolutions s'avère extrêmement limitée en pratique, en raison :**
 - o de l'introduction très récente, début 2009 seulement, d'une fiche de « bilan annuel » dans le DPP de CARÉDIAB, qui limite fortement le nombre de bilans exploitables (moins de 70 sont terminés ou en cours de remplissage au 1^{er} juillet 2009) ;
 - o du faible taux de remplissage des DPP ADDICA et CARÉDIAB existants.

- **l'adoption de nouvelles pratiques de dépistage et de suivi des problématiques.**
 - o Les réseaux ADDICA et CARÉDIAB ayant beaucoup travaillé pour sensibiliser les professionnels sur les thèmes à aborder avec le patient, et ayant formé ces derniers à mettre en œuvre l'insulinothérapie en ambulatoire et le Repérage et l'Intervention Brève en Alcoologie (RPIB), nous avons analysé l'évolution des attitudes des professionnels sur ces différents thèmes.
 - o Le RPIB étant suivi en dehors du DPP, l'analyse a porté essentiellement sur les résultats d'enquêtes téléphoniques et d'enquêtes par questionnaire, réalisées par les deux réseaux et par Eliane Conseil.

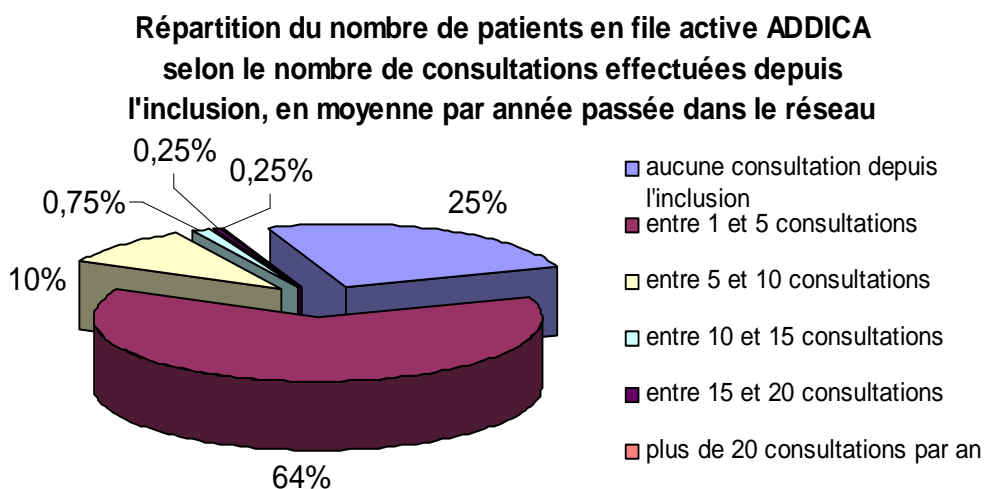
4.2.1. La fréquence et la qualité des pratiques de suivi par les professionnels

La fréquence et la qualité du suivi ne sont perceptibles qu'à travers l'analyse des données contenues dans les différents DPP existants pour CARÉDIAB et pour ADDICA. Or, très peu de professionnels du réseau sont identifiés comme « utilisateurs réels » du DPP, c'est-à-dire comme s'étant connectés au moins une fois sur la plateforme DPP du réseau pour y effectuer une action. En outre, parmi ces « utilisateurs » de la plateforme DPP, la plus grande partie des professionnels exploitent très peu les fonctionnalités de cet outil :

- Très peu créent des DPP (cf. chapitre sur le système d'information) ;
- seuls 40% des utilisateurs du DPP ADDICA se sont rendus plus de 5 fois sur la plateforme pour y consulter un DPP ; la proportion est de 36,5% chez les utilisateurs du DPP CARÉDIAB ;
- **seuls 25% des utilisateurs du DPP ADDICA ont renseigné plus de 5 bilans** sur la plateforme ; **la proportion est de 30% chez les utilisateurs du DPP CARÉDIAB** ;
- Enfin, quand le DPP est effectivement renseigné, il l'est de manière très partielle (cf. les taux de remplissage indiqués dans le chapitre 4.1. ci-dessus).

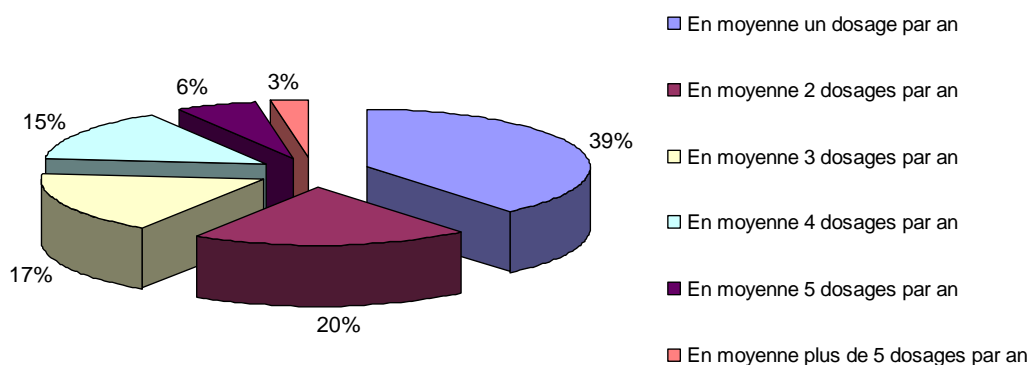
Ces aspects faussent considérablement l'évaluation des pratiques :

- Ainsi, le suivi des patients ADDICA peut sembler insuffisant (cf. graphique ci-après : ¼ des patients en file active, c'est-à-dire non sortis du réseau, n'ont eu aucune consultation depuis l'inclusion ; près des 2/3 restants n'ont eu que 1 à 5 consultations mentionnées dans le DPP, par année passée dans le réseau)



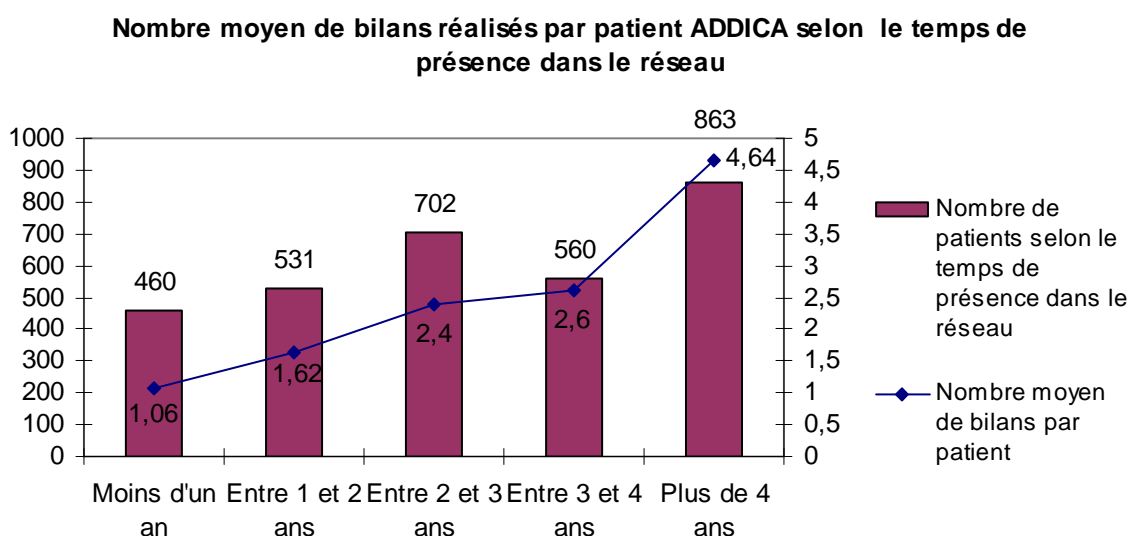
- Cependant, cette « faiblesse » du suivi peut simplement être liée à l'absence de remplissage du DPP à chaque consultation. Certains des professionnels rencontrés expliquent qu'ils ne remplissent le DPP que lorsqu'ils constatent un vrai changement dans l'état du patient ;
- En ce qui concerne le suivi des patients diabétiques, nous n'avons pu analyser qu'un seul indicateur de la régularité du suivi : le nombre de dosages Hba1c réalisés par année et par patient.
 - En effet, le nombre de bilans annuels réalisés par patient n'est pas un indicateur pertinent, dans la mesure où le bilan annuel a été introduit début 2009 seulement ;
 - En outre, les autres indicateurs de suivi (LDL, IMC...) étaient inégalement renseignés dans les DPP.
 - En ce qui concerne le nombre de dosages de l'Hba1c par patient et par an, on recense, en moyenne, 2,4 mesures par patient et par an. Le graphique ci-après permet de visualiser la répartition de la file active CARéDIAB selon le nombre moyen de dosages d'Hba1C réalisés par an et par patient : **seuls 41% des patients de la file active bénéficient du nombre annuel de dosages recommandé (au moins 3 à 4 mesures selon les critères ANCREd).**

Répartition des patients CARéDIAB selon le nombre moyen de dosages d'Hba1c réalisés par an



Nous n'avons identifié qu'un seul indicateur qui valorise le suivi réalisé par les professionnels auprès des patients. En effet, nous avons pu calculer que les patients du réseau ADDICA bénéficient, en moyenne, de 1 à 2 bilans de l'addiction chaque année (cf. graphique ci-dessous) qui sont publiés dans leur DPP. Ces chiffres sont conformes aux objectifs de régularité du suivi, fixés par

le réseau ADDICA aux professionnels qui en sont membres (le respect de ces objectifs donne accès à une rémunération dérogatoire de 35 € par an) :



Dans le but de motiver les professionnels à l'utilisation du DPP pour améliorer leurs pratiques, le réseau ADDICA a déposé en 2007 une demande d'agrément comme organisme d'Evaluation des Pratiques Professionnelles, auprès de la HAS. Cette demande d'agrément a été refusée en juillet 2008.

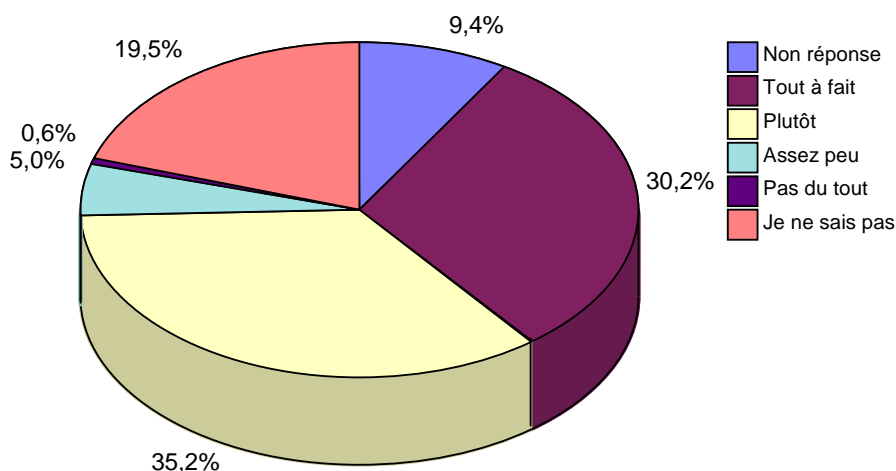
4.2.2. L'adoption de nouvelles pratiques par les professionnels

Le réseau régional Addictions, Précarité, Diabète propose de multiples outils d'aide à la pratique et d'amélioration des pratiques professionnelles :

- Il a conçu et mis à disposition des professionnels plusieurs **guides et protocoles de bonne pratique** (Alcool, Drogues Illicites, Hépatite C, Diabète)
- Il met en ligne, sur les sites professionnels, les **référentiels** élaborés par des instances d'expertise reconnues (sociétés savantes, Haute Autorité de Santé...)
- Il propose des **télé-expertises thématiques** grâce auxquelles les professionnels peuvent obtenir des réponses d'experts à des questions précises et pratiques, dans un délai de 48 heures.

Ces outils, protocoles et référentiels satisfont les professionnels : 65,4% des professionnels ayant répondu à l'enquête par questionnaire se sont déclarés satisfaits voire très satisfaits des outils proposés par le réseau (cf. graphique ci-après).

Etes-vous satisfaits des outils d'aide à la pratique (plaquette RPIB, référentiels sur le site professionnel, télé-expertise) proposés par le réseau ?



Outre la mise à disposition de certains outils, le réseau diffuse auprès des professionnels les pratiques les plus récentes, qui ont prouvé leur efficacité en matière de prévention et d'amélioration de la qualité des soins. Cette diffusion s'appuie sur l'organisation de formations-coordinations spécialement consacrées à ces thèmes (Repérage et Intervention Brève en Alcoologie dit « **RPIB** », **Entretien Motivationnel**, mise en place de **l'insulinothérapie en ambulatoire**), parfois assorties de guides d'aide à la mise en œuvre des techniques (plaquette « Quelques minutes de plus, quelques verres de moins » pour le RPIB).

Ces actions de diffusion des nouvelles pratiques emportent des résultats non négligeables chez les professionnels qui en ont bénéficié :

- Le réseau a effectué une première évaluation de l'efficacité des actions mises en œuvre, par le biais de deux enquêtes.
 - o L'enquête réalisée pour l'insulinothérapie en ambulatoire révèle que :
 - 1/3 des professionnels interrogés n'avaient pas mis de patients sous insuline avant la formation. Dans 70% des cas, cette absence de mise sous insuline relevait d'un manque de formation, d'information et/ou de pratique en la matière.
 - 82% des professionnels interrogés ont mis sous insuline au moins un patient après la formation ; près de la moitié des professionnels interrogés (48%) ont mis sous insuline 2 à 4 patients suite à la formation.

- L'enquête sur le RPIB, à laquelle 133 professionnels ont répondu, révèle que :
 - 40% des professionnels interrogés ne connaissaient pas le RPIB avant de recevoir la plaquette de présentation de cette technique, plaquette conçue et diffusée par ADDICA. Ceux qui connaissaient le RPIB en avaient pris connaissance lors de formations.
 - 90% des professionnels qui ont reçu la plaquette mais connaissaient déjà le RPIB le pratiquent (ils sont 38% à le pratiquer après réception de la plaquette, lorsqu'ils ne connaissaient pas le principe auparavant).
 - La plupart (100% de ceux qui ne connaissaient pas avant, et les ¾ des professionnels qui connaissaient la technique) pratiquent le RPIB de manière occasionnelle
 - Les professionnels sont d'autant plus satisfaits de cette pratique qu'ils la mettent en œuvre de manière systématique (92% de ceux qui la pratiquent systématiquement sont satisfaits de l'Intervention Brève, contre 55% des professionnels qui la pratiquent à l'occasion).

- **Les résultats enregistrés par le réseau à la suite de leurs actions de sensibilisation, sont confirmés par l'enquête réalisée début 2009 par Eliane Conseil.**
 - Parmi les médecins ayant répondu à l'enquête par questionnaire, 59% des médecins généralistes et 42% des médecins spécialistes avaient appliqué le RPIB pour certains de leurs patients ; plus du ¼ des pharmaciens et 1 travailleur social sur 5 ayant répondu à l'enquête avaient appliqué cette méthode à certains patients rencontrés dans le cadre de leur profession (cf. tableau ci-après).

Profession	RPIB	Non réponse	Oui	Non	TOTAL
Médecin généraliste		18,5%	59,3%	22,2%	100%
Médecin spécialiste		33,3%	41,7%	25,0%	100%
Infirmier		55,6%	14,8%	29,6%	100%
Podologue		100%	0,0%	0,0%	100%
Psychologue		20,0%	0,0%	80,0%	100%
Diététicien		70,0%	10,0%	20,0%	100%
Pharmacien		27,3%	27,3%	45,5%	100%
Travailleur social		8,8%	20,6%	70,6%	100%
Autre, précisez :.....		26,3%	31,6%	42,1%	100%
TOTAL		35,8%	26,4%	37,7%	100%

- Parmi les professionnels ayant répondu à l'enquête par questionnaire, 78% des podologues, 63% des médecins généralistes et des pharmaciens et 52% des infirmiers abordaient plus facilement la question de l'insuline avec leurs patients (cf. tableau ci-après).

Abord Insuline facilité	Non réponse	Tout à fait	Plutôt	Assez peu	Pas du tout	Je ne sais pas	TOTAL
Profession							
Médecin généraliste	14,8%	25,9%	37,0%	11,1%	3,7%	7,4%	100%
Médecin spécialiste	75,0%	0,0%	8,3%	8,3%	8,3%	0,0%	100%
Infirmier	37,0%	18,5%	33,3%	0,0%	7,4%	3,7%	100%
Podologue	7,1%	28,6%	50,0%	7,1%	0,0%	7,1%	100%
Psychologue	80,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100%
Diététicien	30,0%	0,0%	40,0%	0,0%	30,0%	0,0%	100%
Pharmacien	18,2%	18,2%	45,5%	0,0%	0,0%	18,2%	100%
Travailleur social	88,2%	0,0%	0,0%	2,9%	8,8%	0,0%	100%
Autre, précisez :.....	89,5%	0,0%	5,3%	0,0%	5,3%	0,0%	100%
TOTAL	50,3%	11,3%	23,3%	4,4%	6,9%	3,8%	100%

- En outre, parmi les professionnels ayant répondu à l'enquête, **48% des médecins généralistes et 11% des infirmiers avaient mis en place l'insulinothérapie en ambulatoire et en étaient satisfaits :**

I Ambu	Non réponse	Oui, j'en suis satisfait	Oui, mais e n'en suis pas satisfait	Non, je ne l'ai pas mise en place	TOTAL
Profession					
Médecin généraliste	22,2%	48,1%	0,0%	29,6%	100%
Médecin spécialiste	83,3%	0,0%	0,0%	16,7%	100%
Infirmier	55,6%	11,1%	3,7%	29,6%	100%
Podologue	57,1%	0,0%	0,0%	42,9%	100%
Psychologue	80,0%	0,0%	0,0%	20,0%	100%
Diététicien	60,0%	0,0%	0,0%	40,0%	100%
Pharmacien	36,4%	9,1%	0,0%	54,5%	100%
Travailleur social	97,1%	0,0%	0,0%	2,9%	100%
Autre, précisez :.....	89,5%	0,0%	0,0%	10,5%	100%
TOTAL	64,8%	10,7%	0,6%	23,9%	100%

De manière générale, les professionnels qui utilisent les outils et assistent aux formations proposées par le réseau déclarent que ces actions leur ont effectivement permis de faire évoluer leurs pratiques. L'amélioration des pratiques professionnelles est d'ailleurs citée comme le principal point fort du réseau (69% des réponses) :

Points forts réseau	Nb. cit.	Fréq.
L'amélioration des pratiques professionnelles	110	69,2%
La coopération entre l'ensemble des intervenants autour de la prise en charge	101	63,5%
L'amélioration de l'information donnée au patient	58	36,5%
La facilitation de l'accès aux soins pour les patients	42	26,4%
La participation active du patient/usager à sa démarche de soin	32	20,1%
La qualité des soins prodigués au patient	30	18,9%
Non réponse	21	13,2%
Autre, précisez	3	1,9%
TOTAL OBS.	159	

4.3. Synthèse de l'évaluation de l'impact du réseau sur l'état de santé des patients et les pratiques professionnelles

4.3.1 Synthèse des constats

	Points forts	Points à améliorer
File active	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Une file active de patients en progression constante 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Des inclusions inférieures aux objectifs au 31/12/2008
Accompagnement et suivi des patients	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposition de quelques prestations dérogatoires, essentiellement via l'orientation vers des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pas d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques (et l'orientation vers les structures partenaires fonctionne mal, cf. partie 2)
Impact sur l'état de santé des patients	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les patients ADDICA connaissent une amélioration de leur situation (arrêt ou diminution de la consommation de cigarettes, mise sous traitement de substitution pour les drogues illicites, sevrage et/ou abstinence vis-à-vis de l'alcool) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les DPP des deux réseaux sont, de manière générale, insuffisamment remplis à l'inclusion et lors du suivi ✓ En particulier, les DPP des patients CARÉDIAB ne sont pas suffisamment remplis pour mesurer les impacts du réseau sur la santé des patients
Evolution des pratiques des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les bilans d'addiction sont faits régulièrement ✓ Les professionnels adoptent les nouvelles méthodes (RPIB, insulinothérapie ambulatoire) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faible utilisation et remplissage du DPP : en soi, il s'agit d'une pratique professionnelle à améliorer ✓ Pas assez de dosages de l'Hba1c

4.3.2 Recommandations

Sur la file active

Le fait de soumettre l'inclusion du patient à la création d'un DPP est un frein aux inclusions, dans un contexte où très peu de professionnels utilisent le DPP, et où l'existence du DPP est la seule partie « visible » du réseau pour le patient (donc le seul facteur d'attraction du patient vers le réseau).

Il convient donc d'adopter une conception du réseau plus large que le couple DPP/formations sur lequel il est essentiellement structuré, **en incluant d'autres modalités de coordination (réunions de synthèse, par exemple) et un ensemble de services proposés par le réseau directement auprès des patients** (l'éducation thérapeutique, notamment, individuellement et en groupe, mais aussi des groupes de parole...). Ceci permettra la mobilisation des patients eux-mêmes (cf. recommandations en fin de partie 2 et 3) pour solliciter l'inclusion auprès des professionnels.

Sur l'accompagnement et le suivi des patients

Le réseau régional Addictions, Précarité, Diabète doit continuer à développer les prestations dérogatoires en direction des patients :

- le maintien des remboursements de podo-orthèses et d'orthoplasties est, à ce titre, nécessaire ;
- en outre, le développement du parcours d'éducation thérapeutique proposé par le réseau CARÉDIAB au titre du FICQS 2009 (cf. partie 2) semble indispensable pour compléter l'intervention du réseau.

Sans ces prestations dérogatoires, et en l'absence d'une mobilisation forte des professionnels sur l'utilisation du DPP et/ou de l'existence d'autres modalités de coordination entre professionnels :

- l'apport du réseau se limite essentiellement à l'organisation de formations, dans un objectif théorique d'amélioration des pratiques professionnelles, sans modalités réelles d'évaluation de cette amélioration dans la pratique ;
- les impacts de la prise en charge en réseau sur l'amélioration de l'accompagnement des patients ne sont pas mesurables quantitativement (DPP non rempli) ni qualitativement (les professionnels membres du réseau n'auront pas de visibilité sur l'accès aux prestations, ni sur le suivi réalisé par leurs pairs faute d'échange) ;
- la montée en charge de la file active du réseau est compromise.

L'impact du réseau sur l'état de santé des patients

Les deux réseaux doivent mettre en place, en routine, des requêtes permettant de contrôler le taux de remplissage des données suivantes :

- Dans le DPP ADDICA :
 - o Motif(s) de prise en charge au moment de l'inclusion ;
 - o Pour chaque motif retenu, nombre de doses de produit consommées à l'entrée dans le réseau ;
 - o Nombre de consultations réalisées sur les 6 derniers mois ;
 - o Nombre de bilans de l'addiction réalisés sur les 12 derniers mois ;
 - o Nombre de patients suivis qui mettent un terme à leur addiction ;
 - o Nombre de patients toujours en addiction mais qui connaissent une amélioration de leur situation.

- Dans le DPP CARÉDIAB :
 - o Mention du type de diabète à l'inclusion ;
 - o Mention de l'ancienneté du diabète ;
 - o Présence et remplissage, dans la fiche d'inclusion, des 9 critères ANCRED : IMC, Hba1c, LDL, Fonds d'œil, Pression Artérielle, Albuminurie, ECG, comportements à risque (tabac, alcool, sédentarité), grade du pied ;
 - o Valeur moyenne de chacun de ces 9 critères à l'inclusion ;
 - o Nombre de patients gradés 2 et 3 qui ont eu une prescription de suivi podologique ;
 - o Nombre de patients ayant effectivement bénéficié de séances de suivi podologique ;
 - o Nombre de bilans annuels publiés par an ;
 - o Présence et remplissage, dans ces bilans annuels, des 9 critères ANCRED dans une forme identique à celle de la fiche d'inclusion – de manière à faciliter l'analyse des évolutions dans le temps, plutôt que de mentionner « hypertension artérielle » à l'inclusion et de noter la valeur de la Pression Artérielle dans le bilan annuel (exemple de configuration imparfaite du DPP) ;
 - o Valeur moyenne de chacun des 9 critères, dans le dernier bilan annuel.

Les requêtes pourront être publiées par mois ou par trimestre. Leurs résultats devront être rapportés à la taille de la file active du réseau au moment de l'extraction, de manière à évaluer la proportion de patients inclus qui bénéficient d'un suivi correct.

Enfin, l'étude de la variation des valeurs moyennes des critères ANCRED, ainsi que du taux de patients ADDICA ayant obtenu une amélioration de leur situation, permettra au réseau de mesurer objectivement et régulièrement l'impact de son action et les évolutions en la matière (amélioration des valeurs dans le temps, augmentation de la

proportion de patients ADDICA qui abandonnent leur comportement addictif par rapport à la file active, etc.).

L'impact du réseau sur les pratiques des professionnels

Le système de requêtes en routine permettra de visualiser, à échéances régulières, les améliorations ou les détériorations de la pratique des professionnels membres (taux de remplissage des bilans à l'inclusion et en cours de suivi, régularité de publication des bilans, évolution des prescriptions au regard des recommandations de bonne pratique et des protocoles publiés par le réseau) et de prévoir des actions correctives (adaptation des thèmes de formation dans les bassins de vie si le phénomène est généralisé, action pédagogique de rappel des bonnes pratiques auprès des professionnels concernés s'ils sont peu nombreux, voire proposition d'un accompagnement personnalisé à l'utilisation des outils). Le taux d'utilisation du DPP par les professionnels est d'ores et déjà suivi en routine par le réseau.

Si l'évaluation des impacts du réseau sur les pratiques des professionnels n'a pas pu s'inscrire dans le cadre d'une démarche d'EPP pour le réseau ADDICA, le réseau CARÉDIAB peut, en revanche, s'inscrire dans cette démarche en mettant en cohérence sa stratégie avec le fonctionnement préconisé par l'ANCRED en matière d'EPP :

- à travers l'amélioration des modalités de suivi des patients et de concertation entre professionnels (notamment par la mise en place de véritables réunions de concertation/de synthèse, pluridisciplinaires, mentionnées plus haut) ;
- à travers l'analyse et l'évaluation régulières des pratiques des professionnels, par le réseau, sur la base des indicateurs et des outils que nous recommandons supra et qui rejoignent les préconisations de l'ANCRED.

A moyen terme, l'amélioration de l'utilisation du DPP pourra être valorisée auprès de l'ensemble des professionnels membres du réseau, par la publication des principaux résultats obtenus via les requêtes, afin d'entretenir leur motivation. Dans la même idée, les professionnels pourraient également avoir accès, périodiquement, à des graphes matérialisant l'évolution de la santé de leurs patients et/ou celle de la santé de l'ensemble des patients suivis pour une même thématique.

La mise en œuvre de ces préconisations sur les requêtes en routine et la publication des résultats devrait être facilitée par le basculement du réseau régional Addictions, Précarité, Diabète sur la plateforme SISCA, qui propose un DPP commun à tous les réseaux de santé de Champagne-Ardenne.

Enfin, la mise en application des préconisations exposées ci-dessus implique (comme cela a été précisé en fin de partie 3 du présent rapport) que le réseau concentre désormais ses efforts sur la mobilisation des professionnels membres autour des patients, et l'évaluation des résultats ainsi obtenus, plutôt que sur la progression des effectifs de nouveaux adhérents.

Evaluation des impacts du réseau régional :

- A : le réseau satisfait aux exigences de l'évaluation**
- B : le réseau satisfait en grande partie aux exigences de l'évaluation**
- C : le réseau satisfait partiellement aux exigences de l'évaluation**
- D : le réseau ne satisfait pas aux exigences de l'évaluation**

5. L'efficacité du réseau

5.1. Les coûts du réseau

Cette partie du rapport présente les coûts générés par le réseau pour déployer ses actions. L'analyse porte sur les années 2006 à 2008.

En 2006 et 2007, les deux réseaux présentaient des comptes séparés. En 2008, bien que la fusion soit intervenue en cours d'année, le Réseau régional a présenté des résultats comptables communs aux deux réseaux.

Suivi des dépenses

La gestion quotidienne revient à une des coordinatrices du réseau, assistée d'un cabinet d'experts comptables avec lequel le réseau a passé contrat (KPMG). Le réseau fait valider ses comptes par un Commissaire aux Comptes, en conformité avec la réglementation en vigueur.

Le contrôle budgétaire (comparaison entre les sommes dépensées et celles allouées au réseau par ses différents financeurs) fait apparaître deux types de déficit :

- un déficit économique en 2006, pour les deux réseaux, qui correspond à des dépenses supérieures aux crédits disponibles ;
- un déficit comptable, récurrent chaque année, qui correspond au décompte des provisions pour amortissements. Les provisions aux amortissements sont en effet une écriture comptable qui, au regard du plan comptable des associations, ne saurait être compensée par des crédits publics, dans la mesure où les fonds publics ont déjà permis de réaliser les investissements correspondants.

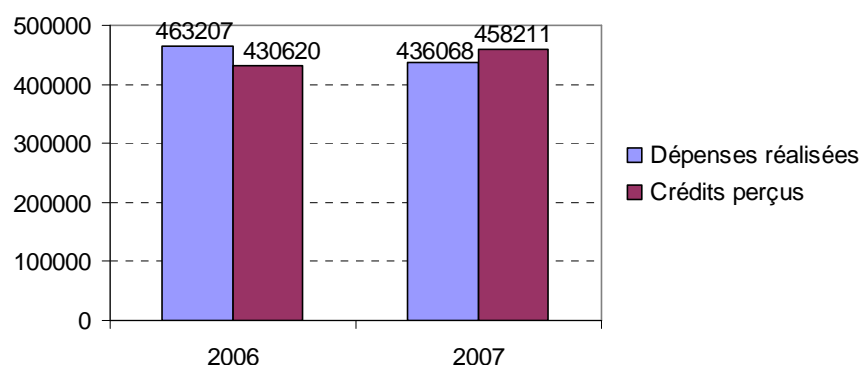
Il n'y a donc « surconsommation de crédits » que dans le cas d'un déficit économique, c'est-à-dire uniquement en 2006. Ce déficit a d'ailleurs été résorbé progressivement entre 2007 et 2008 : au 31/12/2008 le réseau régional présente des comptes équilibrés.

ADDICA a consommé 107% des crédits qui lui étaient alloués en 2006, et a compensé 90% de son déficit dès 2007 grâce à de fortes réductions de dépenses (solde économique très positif).

Solde annuel ADDICA	Solde global	Dont solde comptable	Dont solde économique
2006	-32 587,00	-3 935,00	-28 652,00
2007	22 142,00	-3 794,00	25 936,00

Les frais de personnel représentent 25% des frais de fonctionnement en 2006 et 35% en 2007 (embauche d'un 3^e chef de projet). Les formations-coordinations représentent le deuxième poste de dépenses (20% des frais de fonctionnement en 2006 et en 2007) suivies des coûts liés au système d'information (16% des frais en 2006 et 19% en 2007).

Consommation crédits ADDICA 2006-2007

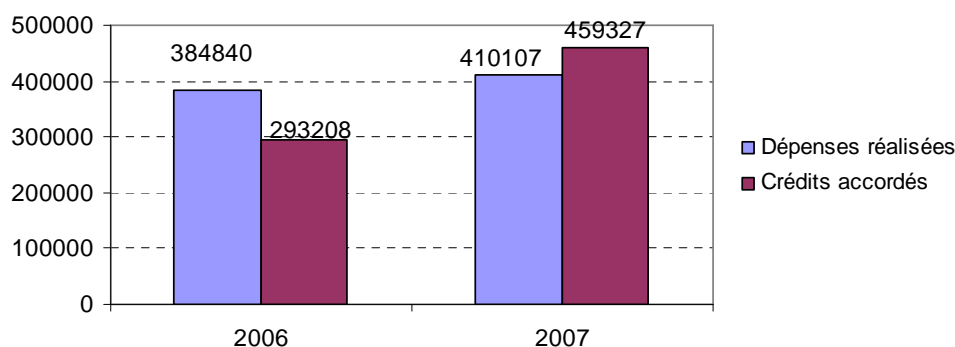


CARÉDIAB a consommé 122% de ses crédits en 2006 mais a résorbé l'ensemble de ce déficit dès 2007.

Solde annuel CARÉDIAB	Solde global	Dont solde comptable	Dont solde économique
2006	-91 631,00	-25 125,00	-66 507,00
2007	49 219,00	-17 287,00	70 507,00

Les frais de personnel sont le premier poste des dépenses de fonctionnement (30% des dépenses en 2006, 35% en 2007 après le recrutement du 3^e chef de projet), suivis des formations (17% des dépenses en 2006, 23% en 2007) et des coûts du système d'information (15% des dépenses en 2006 et 2007).

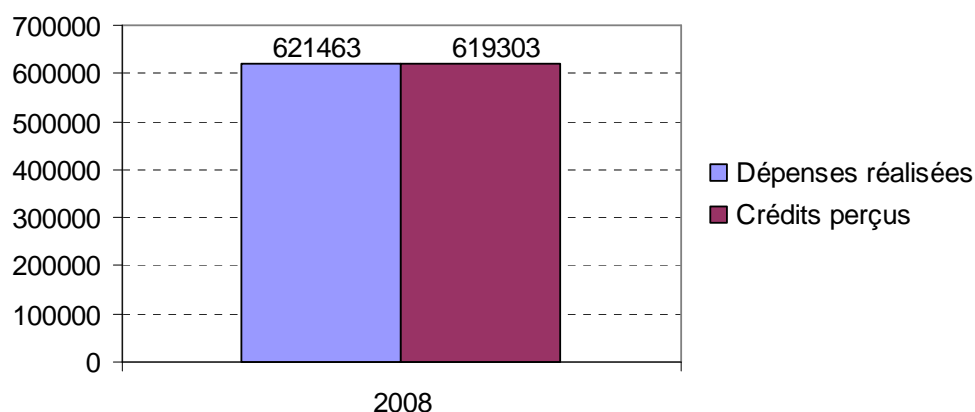
Consommation crédits CARÉDIAB 2006-2007



Le réseau régional a clôturé ses comptes à l'équilibre fin 2008 (le solde était de - 2 160 €, ce qui correspond strictement aux dotations aux amortissements).

Solde annuel Réseau(x)	Solde global	Dont solde comptable	Dont solde économique
2008	-2 160,00	-2 160,00	0,00

Consommation crédits Réseau Régional 2008



Evaluation du coût par patient

Cette évaluation repose sur l'analyse du coût par patient des grandes activités du réseau, sur les années de financement (ici uniquement sur 2006 et 2007, la part de chaque réseau dans les dépenses 2008 étant difficile à déterminer).

Au global, **la montée en charge de la file active du réseau a permis une réduction du coût par patient** (toutes dépenses prises en compte) **de 24% pour ADDICA et de 23% pour CARÉDIAB entre 2006 et 2007 :**

- ADDICA :
 - ✓ pour une file active de 1 487 patients en 2006, le coût par patient est de 309 € ;
 - ✓ pour une file active de 1 837 patients en 2007, le coût par patient est de 235 € ;
- CARÉDIAB :
 - ✓ pour une file active de 661 patients en 2006, le coût par patient est de 544€
 - ✓ pour une file active de 934 patients en 2007, le coût par patient est de 420€.

5.2.L'évaluation économique

Il ne nous est pas possible de comparer le coût de la prise en charge dans ce réseau avec le coût d'une prise en charge alternative. En effet :

- la comparaison entre le coût de la prise en charge effectuée par le réseau et le coût d'une prise en charge alternative impliquerait de comparer les coûts par patient d'ADDICA et CARÉDIAB avec ceux d'autres réseaux intervenant sur les mêmes thématiques ;
- Or, d'un réseau à l'autre, la structure de coûts varie considérablement en fonction du périmètre géographique du réseau, du nombre de patients inclus, de son antériorité, du type et de la volumétrie des actions qu'il met en œuvre.

En revanche, il est possible de mesurer les **économies d'ores et déjà générées par la mutualisation de moyens qui a toujours présidé au fonctionnement** d'ADDICA et de CARÉDIAB, ainsi que les **économies réalisées grâce à la mobilisation des partenaires du réseau.**

Ainsi, les rapports comptables des réseaux en 2007 et 2008 font apparaître des économies de fonctionnement liées :

- A la mise à disposition de personnel par les partenaires du réseau, à raison d'1/2 journée ou 1 journée, pour assister gratuitement aux formations organisées par ce dernier (CHU de Reims, PEPS Epernay, ANPAA 51, ANPAA 52, CH Bélaïr, EPSDM, CH Saint-Dizier, CAARUD 08, Intersecteur d'Alcoologie de Reims, Centre métheadone des Ardennes ...) Le réseau économise ainsi des indemnités de présence (19 880 € en 2006, 18 200 € en 2007, non chiffré en 2008). Cette pratique risque de se faire plus rare désormais, dans un contexte de contraintes financières et de réductions d'effectifs dans les centres de soins ;
- A l'intervention, à titre gratuit, des diabétologues des centres hospitaliers de chacun des bassins de vie concernés dans les formations CARÉDIAB – là encore, il s'agit d'une pratique qui pourrait disparaître à l'avenir ;
- A la mise à disposition gratuite de salles (1 090 € d'économies pour CARÉDIAB en 2008) ;
- A la prise en charge financière, par les partenaires, des frais de buffet et d'affranchissement liés à l'organisation des formations et autres rencontres pilotées par le réseau. Pour ADDICA, ces économies se chiffrent à 7 389 € en 2008, 8 116 € en 2007 et 10 818 € en 2006.

Par ailleurs, il est possible d'estimer le coût qu'auraient représenté deux réseaux fonctionnant séparément depuis l'origine, et de calculer ainsi les économies réalisées par mutualisations des moyens matériels (voire humains) des deux réseaux :

- économies de loyer : le réseau régional est installé dans des locaux sous-dimensionnés. Dans l'hypothèse où chaque réseau thématique aurait emménagé dans des locaux de la surface appropriée, la MRS aurait eu à financer deux loyers séparés soit 4 968 € par an de surcoût estimé ;
- économies de moyens matériels : la photocopieuse et l'affranchisseuse sont mutualisées entre les deux réseaux. Dans une configuration de fonctionnement séparé, les deux réseaux auraient dû louer leur propre matériel, à un tarif plancher mais qui reviendrait sans doute à doubler la dépense actuelle, soit un surcoût de 4 576 € par an
- économies en abonnements : les abonnements EDF, eau, téléphone et Internet sont mutualisés (ils sont liés à l'occupation des locaux communs) : en présence de locaux séparés là encore, un quasi-doubling de la somme actuellement dépensée serait à envisager, soit un surcoût de 7 295€ par an.
- Il est difficile d'évaluer la part incompressible des autres catégories de dépenses.

Au total, l'économie qui résulte de la mise en commun des moyens matériels des deux réseaux depuis leur création se chiffre donc, au minimum, à 16 840€ par année de mutualisation soit 84 200 € entre 2004 et 2008.

Le fonctionnement mutualisé des deux réseaux est donc un facteur d'efficience à double titre :

- il permet de réaliser une économie budgétaire annuelle non négligeable
- en parallèle, le fonctionnement mutualisé des deux réseaux leur permet d'obtenir de meilleurs résultats que s'ils opéraient seuls, grâce à la mise en commun d'expérience et de méthodologie (cf. les professionnels qui rejoignent un des deux réseaux après avoir adhéré à l'autre, et la mise en fonctionnement très rapide de CARÉDIAB).

Enfin, il est important de souligner que les deux réseaux ont réussi à mobiliser des financements en dehors des enveloppes DRD-FIQCS, ce qui est peu fréquent :

- Pour ADDICA :
 - o 60 570 € de subventions hors DRDR en 2006
 - o 109 500 € en 2007
 - o 37 100 € en 2008

- Pour CARÉDIAB :
 - o 8 790 € de subventions hors DRDR en 2006
 - o 20 000 € en 2008

5.3.Synthèse de l'évaluation d'efficience

5.3.1.Synthèse des constats

	Points forts	Points à améliorer
Les coûts	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un déficit résorbé, un solde à l'équilibre en 2008 ✓ Des coûts par patient qui diminuent 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rester vigilant sur le suivi des dépenses au regard des crédits obtenus et des objectifs à remplir
L'évaluation économique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Des économies réalisées par mutualisations entre ADDICA et CARÉDIAB, et grâce à la mobilisation des partenaires du réseau 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Possibilité de poursuivre certaines mutualisations, à la marge ✓ Rester vigilant sur les économies réalisées par mise à disposition de personnel hospitalier (en recul)

5.3.2.Recommandations

En matière de coûts, il est important que le réseau s'assure, en cours d'année, du taux d'atteinte de ses objectifs : ce taux conditionne en effet le versement du financement complémentaire du FIQCS, et s'il n'est pas atteint le réseau doit prévoir une réduction des dépenses en deuxième partie d'année.

En ce qui concerne les mutualisations avec les partenaires, il semble important d'anticiper une éventuelle suppression des mises à disposition de personnel hospitalier pour les formations, dans un contexte de ressources humaines et financières très restreintes pour les hôpitaux. Cette anticipation peut consister à budgéter des indemnités pour les personnels hospitaliers qui participent aux formations-coordinations, ou à négocier, en lien avec les tutelles, un engagement formalisé avec les centres hospitaliers sur le maintien des mises à disposition de ces personnels pour les formations.

Les mutualisations entre ADDICA et CARÉDIAB étant déjà très avancées, des économies supplémentaires semblent difficiles à réaliser autrement qu'à la marge

(mutualisation des deux sites Internet, par exemple, pour économiser des frais d'hébergement : cette solution est d'ailleurs déjà envisagée par le réseau).

Evaluation des résultats médico-économiques du réseau régional :

- A : le réseau satisfait aux exigences de l'évaluation**
- B : le réseau satisfait en grande partie aux exigences de l'évaluation**
- C : le réseau satisfait partiellement aux exigences de l'évaluation**
- D : le réseau ne satisfait pas aux exigences de l'évaluation**

6. Conclusion

Le réseau régional Précarité, Addictions, Diabète a su, à partir d'une fusion entre deux réseaux de thématiques différentes et qui collaboraient efficacement depuis quatre ans, se développer à un rythme soutenu sur son aire géographique régionale et intégrer ainsi de nombreux patients et professionnels de santé.

Le réseau s'adresse avant tout aux professionnels de santé en leur dispensant des formations thématiques et participatives, destinées à créer une dynamique de réseau, et en mettant à leur disposition un outil informatisé (DPP) en vue de faciliter la coordination autour du patient et son suivi. Il affiche ainsi une stratégie volontariste ciblée, centrée sur l'inclusion et la participation d'un maximum de professionnels de santé dans la région en vue de s'étendre par capillarité. Il dispose pour ce faire d'une équipe de coordination aguerrie, compétente, qui a su astucieusement organiser cette extension régionale à partir d'une fusion en cours de structuration et d'une stratégie de communication et d'intégration efficace. Cette équipe a structuré le réseau en interne, notamment grâce à la mise en place d'une démarche qualité solide et pertinente, et créé ainsi un solide pôle de coordination et de formation.

Le réseau est connu, il est visible, il a su nouer des partenariats avec des structures diverses et s'appuyer ainsi sur les compétences existantes pour compléter son offre de service, notamment en direction des patients.

Cependant, l'axe stratégique du réseau et la structuration de son offre, qui ont permis cette formidable extension et l'acquisition d'une compétence et d'une notoriété réelles, ne fonctionnent pas à plein régime, et l'amènent à négliger le suivi et la prise en charge des patients, qui doivent rester son objectif premier.

Le modèle économique basé sur le couple formation/échange et utilisation d'un outil ne fonctionne pas à plein régime. S'il est indéniable que les efforts importants de formation portent leurs fruits, notamment en matière d'inclusions, il est également notable que l'outil informatique de partage occupe une place trop importante dans le fonctionnement du réseau, alors qu'il ne remplit que très imparfaitement sa mission de coordination et de suivi du patient. Sa centralité dans l'économie du réseau – inclusion du patient soumise exclusivement à la création d'un dossier informatique, déclenchement et suivi des prestations dérogatoires possible uniquement à partir dudit dossier, outils de coordination au quotidien entièrement inclus dans le système d'information...- nécessite en retour une utilisation parfaite et suivie par ses membres, condition sine qua non d'un suivi de qualité des patients et d'une coordination des professionnels autour des dossiers.

Or, il s'avère que, dans l'ensemble, les professionnels se servent très peu de cet outil (faible utilisation, remplissage très partiel) alors même qu'il incarne véritablement le réseau et qu'il est essentiel à son fonctionnement.

En pratique, donc, la logique de réseau existe encore peu sur le terrain puisque les professionnels n'utilisent pas le vecteur qui est sensé lui donner corps. Cette sous utilisation implique d'une part que le suivi des patients en réseau n'est pas correctement assuré, et d'autre part qu'il est impossible de mesurer concrètement les impacts médicaux générés par le réseau auprès de ces derniers. Et ce, alors même que le réseau présente une antériorité, un outil de suivi et un socle de professionnels inclus qui devraient permettre la mesure de ces impacts (ce qui n'est souvent pas possible lorsque un réseau est récent ou quand les outils informatiques sont défectueux au départ).

La mesure des impacts n'est pas facilitée non plus par les orientations choisies par le réseau, qui aboutissent de facto à ne pas vraiment positionner le patient au centre du réseau. En effet, le réseau s'adresse d'abord à des professionnels de santé qu'il s'agit de former en vue d'assurer une prise en charge de meilleure qualité pour les patients diabétiques et/ou souffrant d'addictions. S'il est bien entendu évident que le rôle du réseau n'est pas de se substituer aux professionnels de santé et de prendre en charge leurs patients directement, il n'est en revanche pas souhaitable que le réseau n'ait aucun lien avec le patient, qu'il ne puisse pas lui offrir un certain nombre de prestations (éducation thérapeutique, groupes de paroles, fiches pratiques,...) ou encore qu'il ne puisse pas communiquer directement avec lui, comme le font la quasi-totalité des autres réseaux de santé. A ce titre, il est à l'heure actuelle impossible d'évaluer la satisfaction des patients relative à leur suivi dans le réseau, alors qu'il s'agit d'une des composantes obligatoires de l'évaluation des réseaux de santé.

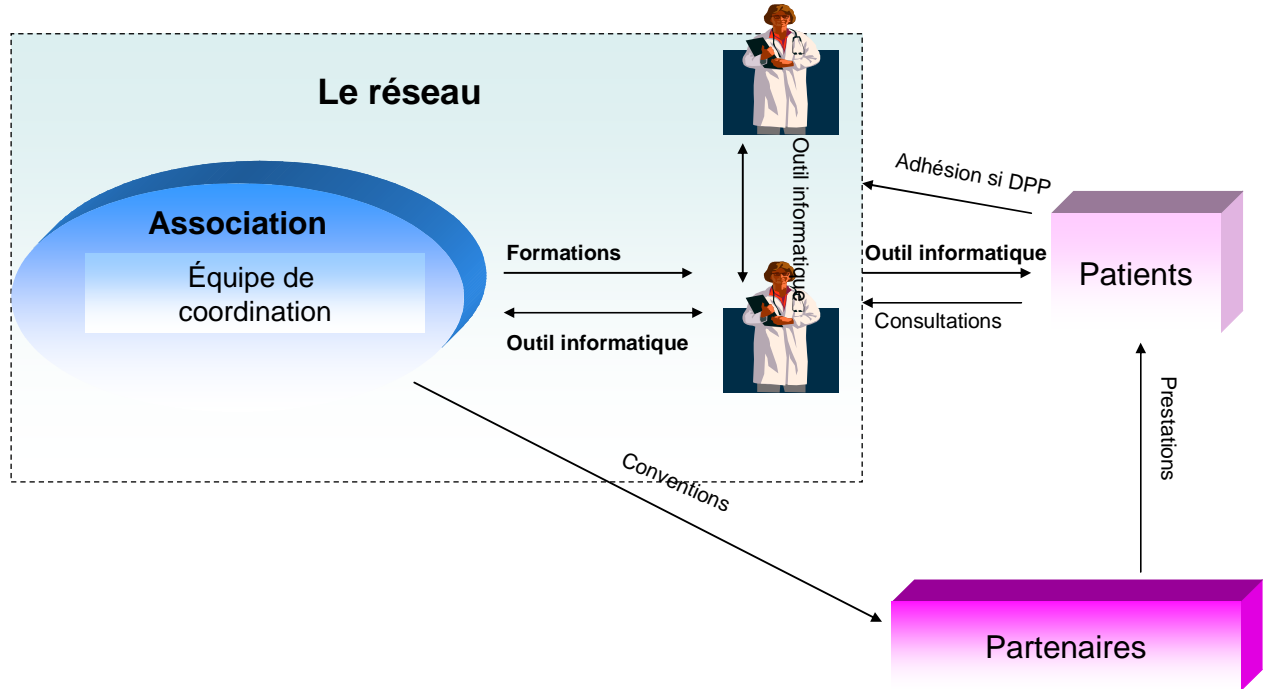
Notons en outre que, s'agissant de prestations pour les patients, les partenariats existants entre le réseau et des structures susceptibles d'offrir ces prestations ne fonctionnent pas de manière optimale, handicapant ainsi les patients et le réseau, dont le souhait de mettre en place ces prestations directement a été refusé par les tutelles.

Nous recommandons donc que le réseau, qui s'appuie sur un existant, un historique, une expertise forte, puisse évoluer vers une entité davantage tournée vers l'amélioration de la coordination et du suivi des patients, et dont les outils seraient mis au service d'objectifs de prise en charge et de suivi plus ambitieux.

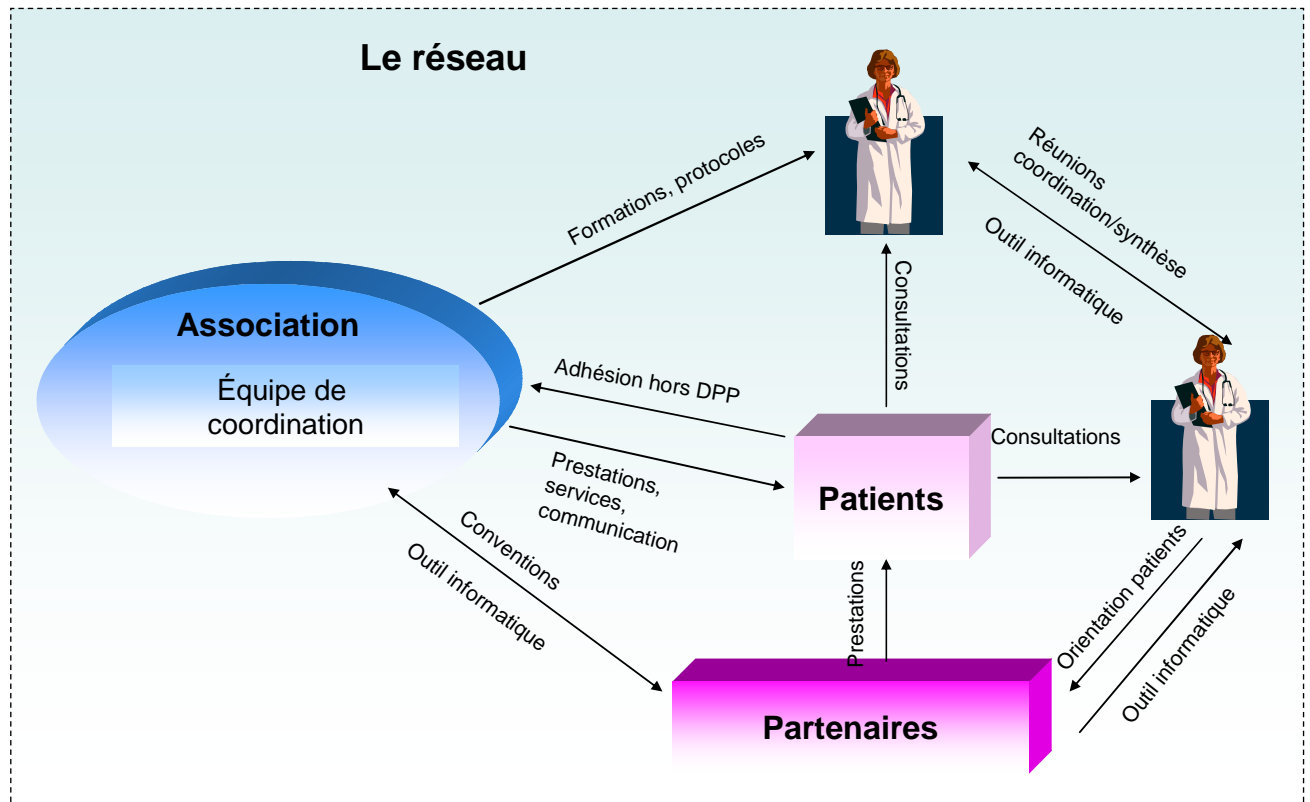
L'évolution recommandée, telle qu'elle a pu être décrite au fil du présent rapport, est reprise dans le schéma récapitulatif ci-dessous (fonctionnement actuel, comparé au fonctionnement recommandé). Les recommandations opérationnelles à mettre en place

pour opérer cette mutation, qui ont été présentées de manière détaillée dans le rapport, sont également reprises sous une forme synthétique ci-après.

Le fonctionnement actuel



Le fonctionnement cible recommandé



Afin de pouvoir migrer en 18 mois à 2 ans vers l'organisation cible, nous formulons les recommandations stratégiques et opérationnelles suivantes.

1- Diminuer fortement l'effort d'inclusion de professionnels afin de pouvoir mieux consolider et stabiliser l'existant. Il ne sert en effet à rien de poursuivre l'accroissement quantitatif de professionnels de santé déjà nombreux dans le réseau ; il est au contraire souhaitable de renforcer, voire pour le plus grand nombre de professionnels, de concrétiser leur participation au réseau (inclusion des patients, remplissage du DPP).

Nous recommandons ainsi aux financeurs, pour que le réseau puisse se concentrer sur le suivi qualitatif des professionnels et des patients inclus, **de ne pas fixer d'objectifs d'adhésion supplémentaire au réseau dans les 18 prochains mois.** L'objectif n'est pas pour l'instant de faire adhérer, mais de s'assurer que ceux qui adhèrent au réseau mettent réellement sa logique en pratique et que cette inclusion ait des effets concrets pour le patient.

2- Mettre en place une politique de services ciblés auprès des patients inclus, doublée d'une communication globale et personnalisée à leur attention. Le patient doit bien identifier la structure réseau au-delà du ou des professionnels qui l'accompagnent, avoir un lien direct avec le réseau via notamment l'accès à une offre de service : groupes de parole, éducation thérapeutique, livrets de suivi,... L'objectif est de déployer une offre en direction des patients afin d'accroître la visibilité du réseau auprès d'eux et de favoriser en retour l'investissement des professionnels, le patient étant souvent un bon vecteur d'entraînement pour ces derniers (pour le diabète notamment). Le réseau doit donc se rapprocher du patient et mieux formaliser les étapes de son suivi. Il s'agirait de créer une offre spécifique, pour tous les services qui sont susceptibles de bénéficier aux patients du réseau, là où les partenariats ne fonctionnent pas.

Il ne s'agit évidemment pas de créer des offres redondantes au niveau local, mais il ne faudrait pas, à l'inverse, que les difficultés de coopération nuisent aux patients, dont les besoins ne sont pas actuellement pas assez bien pris en compte. **Cela passe, au niveau des partenaires, par la prise de conscience qu'ils ont vocation à faire partie du réseau de manière intégrante, qu'ils en sont une composante essentielle.** Il s'agit de prendre en compte de la vocation intégrative du réseau, tant au niveau des partenaires que des patients.

3- Mieux formaliser le suivi du patient dans le cadre d'un plan de suivi personnalisé, en lien avec le médecin traitant ou le professionnel référent. Cette formalisation doit passer par l'établissement d'un bilan à l'entrée devant être réalisé de manière systématique. Deux conditions opérationnelles sont requises pour ce faire :

- une véritable rétribution du professionnel pour réaliser ce bilan et remplir le DPP de manière exhaustive et appliquée, afin qu'il serve réellement et permette la coordination et le suivi postérieurs ;
- l'inclusion systématique par le médecin généraliste directement, ou une inclusion « validée » par ce dernier (ou à défaut par le professionnel désigné par le patient) afin de cadrer le processus d'entrée, ce dernier étant matérialisé par la réalisation d'un bilan et le remplissage du DPP au niveau informatique

Le remplissage systématique à intervalles réguliers favoriserait l'évaluation des impacts médicaux et permettrait au réseau, à partir d'une base de données exploitable, **de jouer un véritable rôle d'expert auprès des professionnels** (dans le cadre d'une démarche d'EPP) en étudiant l'évolution des prescriptions, au regard des recommandations de bonne pratique existantes. Le lien entre formation initiale et suivi régulier serait matérialisé et le réseau pourrait ensuite orienter ses formations vers des thématiques dont il aurait repéré l'utilité à partir de l'étude des données entrées dans le DPP.

L'outil informatique DPP serait ainsi conçu comme un outil au service d'une prise en charge globale et coordonnée et non pas comme un instrument central de suivi du patient et de coordination entre les professionnels ; suivi et coordination qui devraient pouvoir être réalisés même si le professionnel n'utilise pas l'outil informatique.

La coordination devrait enfin, pour les patients qui le nécessitent et/ou sur demande du référent du patient, être matérialisée par des temps d'échanges entre professionnels, idéalement physiques –réunions de coordination/de synthèse- même si leur mise en place est exigeante en pratique, ou téléphoniques.

4- Mettre l'outil informatique DPP au service du suivi des patients et de l'évaluation des impacts, tant au niveau de la prise en charge que des pratiques professionnelles

Des requêtes devraient être paramétrées en routine dans l'outil et remonter au réseau selon une périodicité à définir (trimestrielle a minima) afin de pouvoir suivre l'activité, piloter le réseau régional et mettre en place des actions correctives de manière réactive en fonction des données qui remontent, dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

5- Finaliser la fusion des deux réseaux en mettant en place une organisation politique et opérationnelle qui traduise mieux, de jure et de facto, le rapprochement bénéfique engagé entre les deux réseaux préexistants. Cette finalisation passe notamment par :

- la montée en puissance d'un conseil d'administration unique, avec un président unique, véritable organe décisionnaire placé sous le contrôle de l'Assemblée Générale et s'appuyant sur des comités techniques et scientifiques pour expertiser les seuls aspects médico-techniques ;
- le renforcement du poste de directeur du réseau, à travers son passage à temps plein et sa déconnexion du poste de chef de projet.

La mise en place effective de ces recommandations permettra au réseau de mobiliser de manière optimale les moyens qui pourront lui être accordés.

Synthèse de l'évaluation du réseau régional																										
Réseau	Nom de l'organisme évaluateur	Date d'évaluation	Organisation et fonctionnement du réseau				Participation et intégration des acteurs				Impacts sur la santé des patients et sur les pratiques professionnelles				Evaluation médico-économique				Evaluation globale du réseau				Décision prise par l'ARH/URCAM			
			A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D				
Réseau Régional Addictions, Précarité, Diabète Créé en 2001/2003 Nouveau statut 2008	ELIANE CONSEIL	Juillet 09		X					X					X			X						X			

De manière générale, le système de notation proposé pour l'évaluation des réseaux de santé s'avère délicat à mettre en œuvre. La note proposée ci-dessus est donc indicative ; elle ne saurait constituer à elle seule le fondement d'une décision de financement et doit être interprétée au regard des constats et des recommandations détaillés dans le rapport.

7. Annexes