

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2000

THESE N° 121/1

**ENQUETE SUR LE SECTEUR 87 GO3  
PREALABLE A LA CONSTITUTION D'UN  
RESEAU STRUCTURE**



THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

---

présentée et soutenue publiquement le 23 mai 2000

PAR

**LIVERTOUT Denis**  
**Né le 19 septembre 1967 à Limoges**

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 100423 6

EXAMINATEURS DE THESE

M. Le Professeur GAROUX  
M. Le Professeur BUCHON  
M. Le Professeur VERGNENEGRE  
M<sup>me</sup> Le Professeur VIDAL  
M. LOMBERTIE  
M. NICOT

- Président  
- Juge  
- Juge  
- Juge  
- Membre invité  
- Membre invité

## UNIVERSITE DE LIMOGES FACULTE DE MEDECINE

---

**DOYEN DE LA FACULTE:** Monsieur le Professeur PIVA Claude

**ASSESEURS:** Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude  
Monsieur le Professeur DENIS François  
Monsieur le Professeur GASTINNE Hervé

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique (C.S)	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BEDANE Christophe	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	THERAPEUTIQUE
BONNAUD François (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	PNEUMOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	DERMATOLOGIE
BOULESTEIX Jean (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOUTROS-TONI Fernand	PEDIATRIE
CATANZANO Gilbert	BIostatistique ET Informatique MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	ORTHOPEDIE
COGNE Michel	RADIOTHERAPIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
DARDE Marie-Laure (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PARASITOLOGIE
DENIS François (C.S)	PEDIATRIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	ANATOMIE
DUMAS Jean-Philippe	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Michel (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel	NEUROLOGIE
DUPUY Jean-Paul (C.S)	MEDECINE DU TRAVAIL
FEISS Pierre (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
GAINANT Alain	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAROUX Roger (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GASTINNE Hervé (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
	REANIMATION MEDICALE

**LABROUSSE** Claude  
**LABROUSSE** François (C.S)  
**LASKAR** Marc (C.S)  
**LEGER** Jean-Marie (C.S)  
**LEROUX-ROBERT** Claude (C.S)  
**MABIT** Christian  
**MAUBON** Antoine  
**MELLONI** Boris  
**MENIER** Robert (C.S)  
**MERLE** Louis  
**MOREAU** Jean-Jacques (C.S)  
**MOULIES** Dominique  
**NATHAN-DENIZOT** Nathalie  
**PERDRISOT** Rémy  
**PILLEGAND** Bernard (C.S)  
**PIVA** Claude (C.S)  
**PRALORAN** Vincent (C.S)  
**RIGAUD** Michel (C.S)  
**ROUSSEAU** Jacques  
**SALLE** Jean-Yves  
**SAUTEREAU** Denis  
**SAUVAGE** Jean-Pierre (C.S)  
**TREVES** Richard (C.S)  
**TUBIANA-MATHIEU** Nicole (C.S)  
**VALLAT** Jean-Michel  
**VALLEIX** Denis  
**VANDROUX** Jean-Claude (C.S)  
**VERGNENEGRE** Alain  
**VIDAL** Elisabeth (C.S)  
**VIGNON** Philippe  
**VIROT** Patrice (C.S)  
**WEINBRECK** Pierre (C.S)

REEDUCATION FONCTIONNELLE  
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
 CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE  
 PSYCHIATRIE D'ADULTES  
 NEPHROLOGIE  
 ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
 RADIOLOGIE  
 PNEUMOLOGIE  
 PHYSIOLOGIE  
 PHARMACOLOGIE  
 NEUROCHIRURGIE  
 CHIRURGIE INFANTILE  
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE  
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
 MEDECINE LEGALE  
 HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION  
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
 RHUMATOLOGIE  
 CANCEROLOGIE  
 NEUROLOGIE  
 ANATOMIE  
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE  
 EPIDEMIOLOGIE- ECONOMIE DE LA SANTE PREVENTION  
 MEDECINE INTERNE  
 REANIMATION MEDICALE  
 CARDIOLOGIE  
 MALADIES INFECTIEUSES

#### **MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE A MI-TEMPS**

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

#### **SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS**

POMMARET Maryse

\* C.S = Chef de Service

## **REMERCIEMENTS**

**A Monsieur le Docteur LOMBERTIE**

Chef de service

Médecin des hôpitaux

Nous le remercions pour avoir pu partager son savoir et ses connaissances.

Ainsi, nous avons bénéficié de sa grande expérience de la psychiatrie.

Nous admirons son travail et sa détermination dans l'amélioration du secteur psychiatrique et le développement du réseau ville-hôpital.

Nous lui devons d'avoir inspiré notre travail.

Qu'il trouve ici, l'expression de notre profond respect.

**A Monsieur le Docteur NICOT**  
Médecin Généraliste Enseignant

Nous le remercions pour son aide précieuse, tout au long de la  
conception de ce travail.

Sa rigueur, sa disponibilité, son enseignement ont été indispensables à la  
réalisation de notre étude.

Qu'il soit certain de notre sincère amitié.

**A Monsieur le Docteur RENAUX**  
Chef de service  
Psychiatre des hôpitaux

Nous sommes très reconnaissants de la sollicitude qu'il nous a  
témoignée.

Nous l'assurons ici, de notre sympathie.

Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à ce projet et plus particulièrement :

- M<sup>mes</sup> Ferrial ML et Lajoux MC pour la documentation qu'elles nous ont fournie.

- Les médecins membres d'association de formation médicale continue.

- Les généralistes qui ont accepté de répondre au questionnaire, support de notre étude.

- M. Bado F qui nous a montré combien l'outil informatique est important pour nos pratiques.

- M Chouzenoux, directeur du CHS Esquirol pour nous avoir accueillis au sein de son établissement en tant qu'étudiant.

- Le personnel infirmier des secteurs 2 et 3 du Centre Hospitalier Esquirol pour le soutien et l'attention qu'il nous a portés.



## PLAN D'ETUDE

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>4</b>
<b>PLAN D'ETUDE .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>RESEAU DE SANTE .....</b>	<b>12</b>
<b>1. Historique des réseaux en France .....</b>	<b>12</b>
<b>2. Développement à travers les ordonnances, les arrêtés,         les décrets et les circulaires .....</b>	<b>13</b>
<b>3. Réseaux et filières de soins : Typologie .....</b>	<b>17</b>
<b>4. Définitions et objectifs .....</b>	<b>19</b>
<b>PSYCHIATRIE ET RESEAUX .....</b>	<b>22</b>
<b>1. Bref rappel historique .....</b>	<b>22</b>
<b>2. Intérêt de la création d'un réseau .....</b>	<b>25</b>
<b>3. Qu'en est-il aujourd'hui ? .....</b>	<b>28</b>
<b>4. Expérience en Haute-Vienne .....</b>	<b>30</b>
<b>ENQUETE SUR LE SECTEUR 87 GO3 PREALABLE A UN TRAVAIL EN RESEAU STRUCTURE .....</b>	<b>34</b>
<b>1. Enquête de pratique .....</b>	<b>34</b>
<b>2. Résultats bruts .....</b>	<b>37</b>
<b>3. Discussion : Intérêt de la création d'un réseau .....</b>	<b>39</b>
<b>4. Ebauche de la constitution d'un réseau .....</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>68</b>

## INTRODUCTION

" A onze heures Docteur, pas avant, je vais faire mes courses." Il avait parlé comme à son habitude, avec une voix décalée, distante. En arrivant sur le chemin de terre boueux, il était adossé à la vieille porte d'entrée bancale. Comme à son habitude, il était mal rasé, pas lavé depuis quelques jours, dans de vieilles fringues usées par la terre et les déchirures. Depuis que ses parents étaient morts, tout était en ruine. Son père, pharmacien, à Beaumont du lac proche de Vassivière, l'avait porté à bout de bras pendant près de trente ans. Il vivait la schizophrénie de son fils au quotidien : ses sautes d'humeurs, ses changements constants d'idées, ses lubies, ses périodes avec, ses périodes sans, ses accès créatifs où il croyait qu'il allait s'en sortir, et puis ses désescalades qui le traînaient jusqu'à l'apathie générale. Ses grands espoirs, quand il suivait son traitement, et travaillait comme préparateur à la pharmacie. Ses grandes angoisses, quand il partait dans des délires mystiques effrayants.

A cinquante quatre ans, il en paraît soixante-dix, son regard sent l'Haldol ®. La poignée de main est moite et fuyante.

" Alors qu'est-ce qu'on fait vraiment pour moi docteur ?... Je veux plus vivre comme ça, à me bourrer de médoc. Je veux vivre moi..." Le voilà parti dans un long monologue que je n'arrive pas à endiguer. Je m'assois à coté de lui, en jouant la tranquillité, je m'efforce de ne pas fuir son regard, et de ne pas l'agresser.

" Je ne dors plus, depuis la tempête, je fais des cauchemards, je pense au Kosovo, à tous ces cadavres alignés. C'est ma faute tout ça, je n'ai pas assez prié, pour que ça s'arrête. Et maintenant ça va être notre tour... Docteur, je ne veux pas que ma petite chatte meure sous les bombes !..."

J'ai fini par reprendre la conversation en main. Il a arrêté son traitement depuis trois semaines. Il vit seul, sans personne aux alentours, il va au dispensaire quand il y pense, et m'appelle quand il est à bout.

Face à cet homme, qui me tend la main si désespérément, que puis-je offrir pour apaiser ses souffrances ?

L'hospitalisation ? Elle aiderait à passer la phase aiguë, et ensuite...?

Le maintien à domicile ? Dans quelles conditions ? Il vit seul, dans un environnement précaire...

Une solution alternative serait un système médico-social, pluridisciplinaire permettant une prise en charge globale, évitant si possible l'hospitalisation et assurant la continuité des soins.

La notion de réseau est ancienne et la sectorisation psychiatrique, mise en place dès 1960, avait pour objectif d'assurer pour tous les malades, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, (quand il est possible), les soins avec hospitalisation et la surveillance de postcure.

40 ans plus tard, l'extension des objectifs de réseaux à l'ensemble de la santé publique, souligne le caractère précurseur du secteur psychiatrique, tel qu'il a été conçu par ses promoteurs. Mais, dans un contexte où de nouveaux besoins émergent, où des pathologies dites «de société» apparaissent ; quels sont les avantages, les difficultés de mise en place et de pérennisation de ces pratiques ? Pour quelle population ? Au bénéfice de quelles pathologies ?

Afin de formaliser le réseau de soins psychiatriques, nous vous proposons une enquête de pratique sur le secteur psychiatrique 87 GO3, comme support de notre évaluation.

Au moyen d'un questionnaire, nous avons interrogé 50 médecins généralistes qui sont les représentants habituels du secteur géographique, de manière à mettre à jour les dysfonctionnements du secteur.

Grâce à une synthèse de cette évaluation, nous avons une base concrète et solide pour la constitution d'un réseau ville-hôpital structuré et opérationnel.

## **RESEAU DE SANTE : Contexte et définition.**

### **1. Historique des réseaux en France.**

Etymologiquement, le mot réseau vient du latin «retis », signifiant «filet » soit un ouvrage formé d'un entrelacement de fils. Selon le dictionnaire Littré, cela désigne un tissu de fils de soie en forme de rets. Dans son édition de 1988, l'Encyclopédie Universalis ne cite que les réseaux scientifiques.

Dans le champs social, récemment cette notion a été reprise et par extension d'un terme utilisé pour désigner les trajets neuronaux ou les circuits informatiques.

On parle aussi de réseaux de vaisseaux sanguins, de nerfs ou bien de chemins de fer.

Dès lors, cette acception est ancienne et peu innovante.

Dans le domaine de la santé, l'exercice de la " médecine en réseaux " c'est à dire la prise en charge coordonnée d'un patient, par plusieurs professionnels de santé, n'est pas une création récente ; JM VINAS fait remonter l'avènement des premiers réseaux à la lutte contre la tuberculose, lors de la première guerre mondiale. Dans une communication au congrès de l'Union Hospitalière du sud-est le professeur Cyr-Voisin faisait de la lutte contre la tuberculose «le premier réseau de soins français ». Dès 1912, le programme de lutte contre le cancer, établi par Claudius REGAUD, montre l'impossibilité de créer «une organisation sérieuse de la thérapie du cancer, sans une concentration des ressources et une coordination des compétences ».

La fin des années 70 date les premières expériences marquantes avec la création de l'Association de Gérontologie, du XIII<sup>e</sup> Arrondissement de Paris. Au milieu des années 80, apparaissent les expériences de coordination permettant l'hospitalisation externe à domicile de type Lubersac.

Mais c'est en 1991 que sont mis en place les premiers réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des patients atteints du SIDA. Depuis, le nombre de réseaux a augmenté avec la diversification de leurs champs d'activité (toxicomanie, alcool, hépatite C, soins palliatifs, diabète, oncologie, hémodialyse...).

L'engouement pour les réseaux de soins se développe au fur et à mesure que se dressent les obstacles, à l'apport de réponses institutionnelles satisfaisantes face à de nouvelles pathologies. De ce fait, c'est sur l'initiative des professionnels, spontanément que l'on doit l'émergence des réseaux ; ils trouvent une première légitimité et moyens de fonctionnement avec la circulaire DURIEUX du 4 juin 1991, relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital, dans le cadre de la prévention et la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

C'est au cours de cette année 1991, qu'apparaît le terme de réseau dans les textes institutionnels, permettant le passage de la « clandestinité à la concrétisation ».<sup>1</sup>

Actuellement, sur l'ensemble du territoire, plusieurs centaines de réseaux sont recensés.

## 2. Développement à travers les ordonnances, arrêtés, décrets, et circulaires.

De nombreux textes officiels ont accompagné et orienté le développement de nombreux réseaux de santé en France. Ne sont cités ici que les textes les plus illustratifs et opérationnels.

### ◆ Ordonnances.

- Article 6 de l'ordonnance n°96.345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée de dépenses de soins, codifié à l'article L.162.31.1 du code de la sécurité sociale :

*" Pendant une durée de cinq ans (...) des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical où médico-social, sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir (...) des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination de cette prise en charge, qu'il s'agit de soins ou de prévention. Ces actions peuvent consister à mettre en œuvre :*

- 1°/ des filières de soins organisées à partir des médecins généralistes chargés du suivi médical et l'accès des patients au système de soins.
- 2°/ des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologie lourdes ou chroniques ;
- 3°/ tous autres dispositifs répondant aux objectifs énoncés au premier alinéa... Le même article précise que les projets sont agréés par l'autorité compétente de l'état (...) après avis du conseil d'orientation comprenant notamment, des représentants des organismes d'assurance maladie, ainsi que des professionnels des établissements de santé".

L'article précise également que pour la mise en place des actions, il peut être dérogé à certaines dispositions du code de la sécurité sociale, tels que les tarifs, le paiement direct des honoraires par les malades.

<sup>1</sup> PAUTOUT (Gilles). *Technologie-Santé. Les réseaux de soins : Mythes et Réalité. N°37. Juillet 1999. P6*

- Article 29 de l'ordonnance n°96.346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, codifié à l'article L.712.3.2 du code de la santé publique :

*"En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population (...), les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins (...) ou à certaines pathologies. Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance des soins de proximité, de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire et sociale. Les établissements de santé peuvent participer aux actions expérimentales visées à l'article L.162.3.1 du code de la sécurité sociale. La convention constitutive du réseau de soins et agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation".*

- Article 73 de la loi n°98.657 du 29 juillet 1998 d'orientation, relative à la lutte contre l'exclusion.

#### ◆ Décrets

- Décret n°95.1000 du 6 septembre 1995 portant réforme au code de déontologie médicale.

- Décret n°96.789 du 11 septembre 1996 pris pour l'application de l'article L.162.31.1 du code de la sécurité sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux et modifiant le même code. Le décret définit la mission du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux. L'article R 162.50.4 dit que :

*"le conseil d'orientation émet un avis sur le projet, en prenant en considération :*

*A) son intérêt économique, au regard notamment de l'objectif de maîtrise des dépenses remboursées par l'assurance maladie.*

*B) son intérêt médical, au regard de l'organisation, de la qualité et de la continuité soins .*

*C) les conditions de prises en charges financières des prestations.*

*D) la qualité du système d'information mis en place en vue de l'évaluation du projet.*

*E) la justification des dérogations demandées aux dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur".*

◆ Circulaires.

- CNAVTS 1990 n°17/90 du 24 janvier 1990 sur la politique générale d'action sociale, créant des aides innovantes aux grands dépendants.
- DGS / DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.
- CNAVTS n° 36 / 93 du 6 avril 1993 consacrée à une politique de promotion des réseaux gérontologiques et de leur coordination.
- DH / EO n°21 du 3 juin 1993 relative à l'adoption des offres de soins hospitalières, en cohérence avec une politique équilibrée d'aménagement du territoire.

Elle invite à constituer "des réseaux gradués et coordonnés des divers hôpitaux, cliniques et professionnels de santé, implantés dans une même zone sanitaire, afin de se doter chacun de missions non plus concurrentes mais complémentaires".

- DGS / DH n°72 du 9 novembre 1993 relative aux orientations dans le domaine sanitaire et le plan de lutte contre la drogue.
- DGS / SP2 n°74 bis du 2 décembre 1993 relative à la mise en place des réseaux de santé.
- DGS / DH n°15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital, dans le cadre de la prise en charge de la toxicomanie.
- DGS / SP2 n°88 du 1 décembre 1994 relative aux actions de santé, en faveur de personnes en difficulté.
- DAS / DH / DGS / DPM /DSS / DIRM / DIV n°9508 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins de personnes les plus démunies.
- DGS / DH n°44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes de l'hépatite C.
- DGS n°96.707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau par l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool.
- DH / EO n°97.62.77 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements.
- DGS / SP3 n°97.366 du 23 mai 1997 relative aux mesures nouvelles pour 1997 dans le domaine des soins aux toxicomanes.
- DGS / DAS / DIRM n°97.213 du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté.
- DGS / DH / AFS n°98.213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publique et privée.

\* AUTRES

CNAMTS /CABDIR n°8 / 98 du 15 octobre 1998 sur le développement des réseaux et filières de soins (document proposé par l'assurance maladie ).

α Il apparaît quatre grands dispositifs de constitution des réseaux d'après S.Barre, L.Houdard et JM.Vinas.<sup>2</sup>

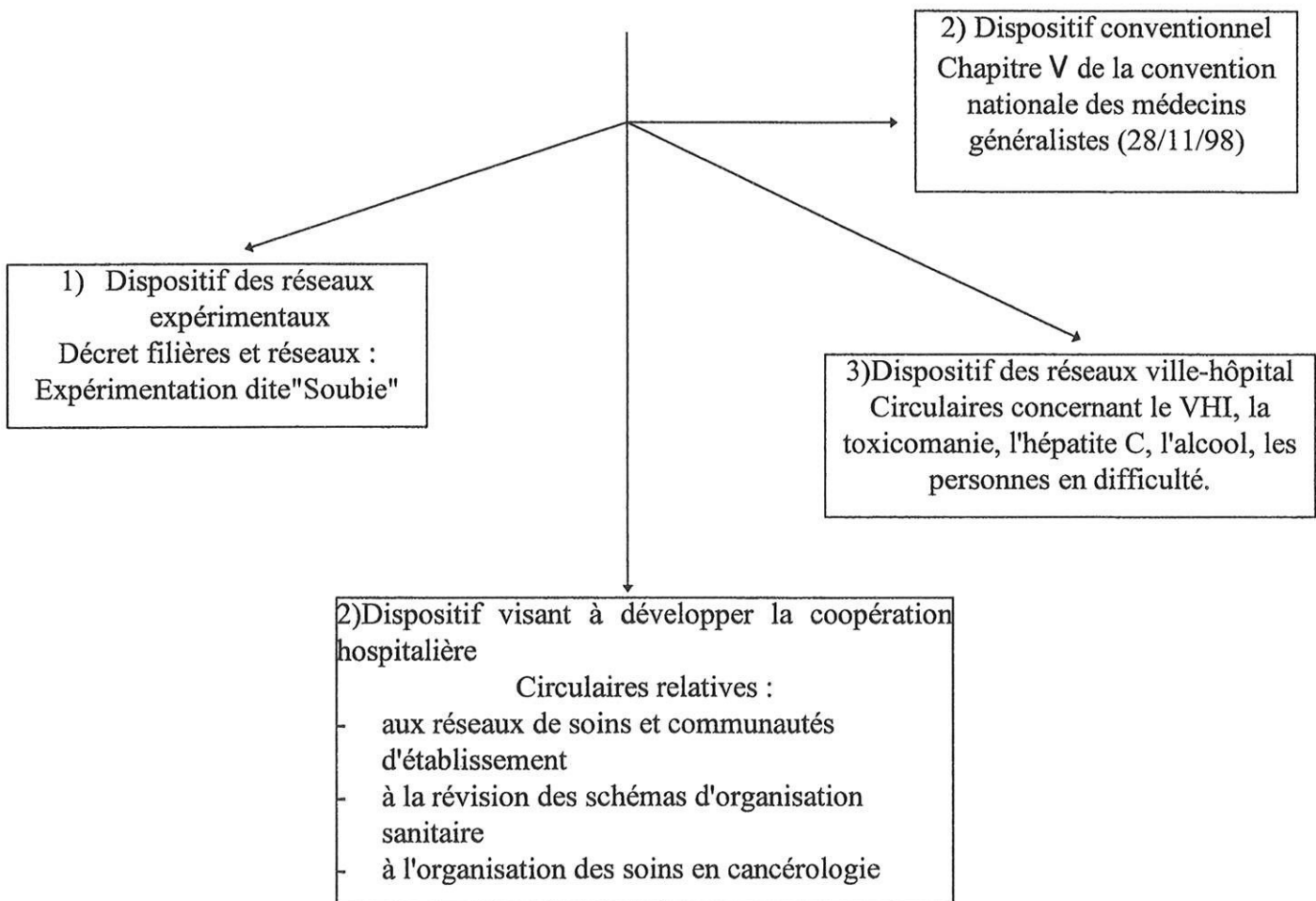
Cadre légal :

Article 6 de l'ordonnance n°96.345 du 24 avril 1996

Article 29 et 30 de l'ordonnance n°96.346 du 24 avril 1996

Article 73 de la loi sur l'exclusion du 29 juillet 1998

**APPLICATION**



<sup>2</sup> BARRE.S, HOUDARD.L, VINAS.JM. *Actualités et Dossiers en Santé Publique. Les statuts juridiques des réseaux. Septembre 1998.*



\*Ce schéma se fait l'écho de cette complexité juridique dans laquelle se développent les réseaux.

### 3. Réseaux et filières de soins : Typologie

Nous retrouvons cette atmosphère complexe et confuse dans la tentative de théorisation de ces dispositifs, (UNAFORMEC : Réseaux et filières de soins).

Les termes de filière et réseau sont employés tantôt pour caractériser des modèles descriptifs tantôt des modèles formels.

#### ◆ Filières de soins.

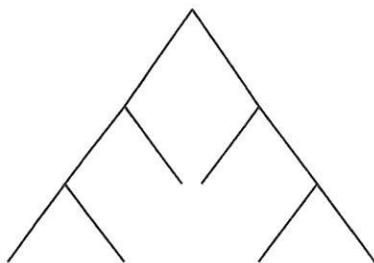
##### - 1) Modèle nominatif :

Le code de la sécurité sociale note "*qu'elles sont organisées à partir des médecins généralistes chargés du suivi médical et de l'accès aux services de soins.*"

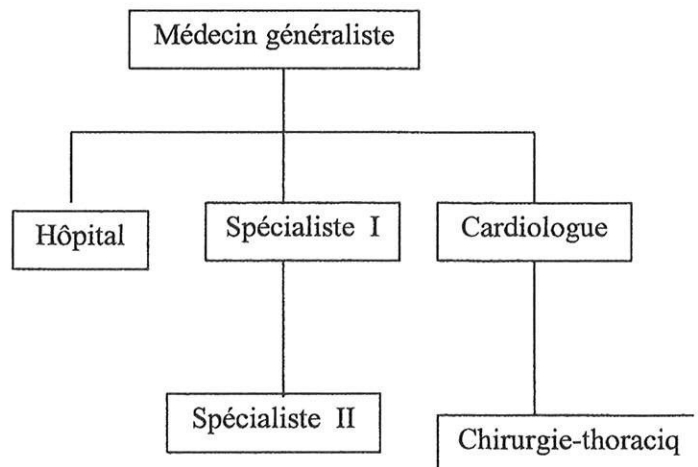
Ainsi, l'accès au spécialiste dépendra uniquement de la prescription du généraliste ; l'objectif étant la rationalisation des comportements de l'assuré social et du régime de distribution des soins dans le but de diminuer les coûts.

##### - 2) Modèle formel :

C'est le médecin généraliste qui commande l'accès à la filière ; entrer dans la filière au niveau du généraliste, serait sanctionné par le non remboursement des actes.



Arborescence où prédomine une communication hiérarchisée



### - 3) Modèle descriptif :

Le terme de filière désigne les types de trajectoires effectives des individus, à travers système de soins ; il s'agit d'une définition à posteriori. Lorsque la filière est définie à priori, elle résulte soit d'une logique de travail en réseau, sous-tendue par l'élaboration de règles communes de pratiques, reposant sur la formalisation des rôles de chaque membre du réseau soit d'une logique conventionnelle, réglementaire ou tarifaire.

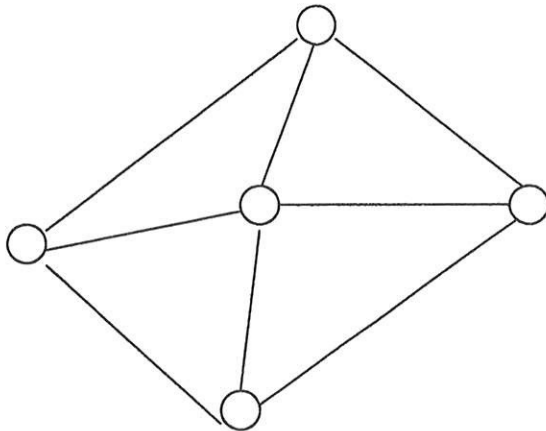
#### ◆ Réseaux.

### -1) Modèle normatif :

Ce que souhaite la sécurité sociale, c'est la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques ou pathologies lourdes, par des réseaux de soins impliquant une prise de décision à plusieurs avec concertation et coordination collective

### - 2) Modèle formel :

C'est le graphe permettant des échanges non hiérarchisés (échange à double sens).



### 3) Modèle descriptif :

En l'absence de hiérarchie, la structure en réseau évolue sur le principe de l'auto-organisation spontanée ; elle n'est viable que si l'investissement personnel et l'intensité des échanges sont maximums : d'où la pluralité des configurations possibles.

Mais dans la réalité, nous sommes confrontés à des structures mixtes : les mailles du réseau englobent des secteurs de relations arborescentes.

#### ➤ Exemples.

9 filières : l'ensemble des acteurs médico-sociaux, mobilisés dans les trajets liés à tous problèmes de santé d'un individu, constitue son réseau naturel, (de type I ). De même, chaque intervenant professionnel a son réseau individuel propre, socioculturel. Mais il appartient aussi à un réseau professionnel : par exemple, un médecin généraliste est dans un réseau de médecins généralistes, idem pour un hospitalier ; ainsi on décrit des réseaux mono-catégoriels.

9 Réseaux mono-catégoriels de type II : Par exemple, les groupes de FMC (Formation Médicale Continue ), les associations de gardes...

9 Réseaux multi-professionnels ou de type III : C'est le cas des réseaux ville-hôpital dans le cadre du SIDA.

9 Réseaux de type IV : Il s'agit plus d'une coordination de réseaux que d'un réseau à proprement parler, interaction entre réseaux, institutions hiérarchisées et " pseudo-réseaux ".

## 4. Définitions et objectifs.

Le réseau trouve son origine dans

*"la possibilité de s'informer mutuellement, de valoriser les initiatives locales, de comparer des expériences de mener des actions communes, de s'associer pour lever les obstacles, voire de bousculer des idées reçues ou des hiérarchies trop pesantes, de créer des coalitions ".<sup>3</sup>*

---

<sup>3</sup> SABOURAUD. A, 1996.

C'est une action collective organisée, apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné <sup>4</sup>. Il est en interrelation avec les institutions et les dispositifs existants et composé d'acteurs médico-sociaux qui coopèrent sur le mode du volontariat.

Cette coopération est basée sur la définition commune d'objectifs :

- rendre possible à tous, l'accès aux soins.
- prendre en charge les patients dans leur globalité de manière à concourir à une politique de soins cohérente.
- améliorer les compétences et les performances (transmission de l'information, échange de pratique, développement de la coopération).
- optimiser la trajectoire des usagers (les informer, les orienter et respecter leurs préférences...).
- améliorer l'efficacité et l'efficience des prises en charge.
- être un lieu d'observation de l'apparition de nouveaux problèmes au sein d'une population cible.
- être au centre de l'évaluation.

Ainsi, l'activité d'un réseau est fondée sur l'existence d'un trépied

- prise en charge globale
- prévention collective
- éducation pour la santé

Que doit comporter un réseau de soin ?

Pour répondre avec efficacité à ses objectifs et pour prétendre à un éventuel financement de l'état, le réseau doit se doter d'un minimum de garanties :

- Un statut juridique
- Des objectifs communs à ses membres
- Le champs du réseau
  - un seul thème fédérateur
  - un territoire géographique
  - évaluer la concurrence éventuelle (réseau voisin, inter-secteur...)
- Organisation interne et composition
  - obligation d'au moins trois professions (médicale, paramédicale, sociale...)

<sup>4</sup> ANAES. Principe d'évaluation des réseaux de santé. Juin 1999

- un nombre de professionnels minimums suffisant pour ne pas constituer un alibi de pluri-professionnalité.

- Signature d'une charte stipulant les droits et devoirs des adhérents vis à vis des usagers.

□ Moyens que se donne le réseau :

- coordination structurée
- formation continue inter et trans-professionnelle
- sécurité des communications

□ Un cadre de communication avec les institutions (conventions, financements...)

□ Un financement permettant la sécurité du fonctionnement et la pérennisation

□ La place des usagers :

- Ils doivent occuper la place centrale du réseau mais sans que leur rôle ne soit figé ; ainsi de patients ils évoluent en qualité d'usagers, sujets de droit puis en partenaires pour détecter et combler les besoins et mettre en place les stratégies pour y parvenir.

□ Les moyens mis en place pour le suivi et l'évaluation de l'action du réseau : L'évaluation est conditionnée au financement de l'état (sauf exception) ; s'il n'y en a pas, il faut que le réseau soit mis en rapport avec une structure de santé publique qui puisse assurer cette fonction d'évaluation (DIM hospitalier, chaires de santé publique universitaire...).

Il est admis aujourd'hui que le champs d'intervention du réseau doit être précisé (pathologies, population cible), que des objectifs pertinents doivent être déterminés et que les différents intervenants doivent être clairement identifiés, ainsi que les modalités d'adhésion des usagers et professionnels.

Enfin, dès la création du réseau, les aspects financement et évaluation doivent être prévus.

## PSYCHIATRIE ET RESEAU.

### 1. Bref rappel historique.

L'épidémie de SIDA a provoqué l'éclosion de réseaux de soins et mis à jour les carences du médical (inhérentes à son fonctionnement cloisonné et hiérarchisé) à répondre au défi posé par cette pathologie.

Même si cet état de fait semble admis, l'idée de sectorisation en psychiatrie existe depuis les années 50.

*"L'aliéniste a été remplacé par le psychiatre, la charité a cédé sa place à la solidarité".<sup>5</sup>*

Un système tenant compte des progrès techniques et des évolutions sociales a du être mis en place selon trois principes fondamentaux :

- \_ le refus de la ségrégation des malades mentaux
- \_ la continuité des soins
- \_ l'irruption du social dans le médical

Ainsi : - la réalité sociale du patient est préservée puisqu'il n'est pas exclu de son milieu.

- en évitant l'hospitalisation, la notion de prévention est implicite.
- enfin, la continuité des soins est assurée, justifiant une planification autour d'objectifs clairement définis.

### Avant 1990 :

L'organisation de la sectorisation psychiatrique repose sur les items suivants :

- coordination
- liaison
- concertation
- complémentarité
- information
- collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire

Le tout assurant la continuité de la prise en charge du patient.

---

<sup>5</sup> CHANOIT.PF, DEVERBIZIER.J. Sectorisation et Prévention en psychiatrie. Psychiatrie et société. Erès 1987. 346 p.

- La loi du 31 juillet 1968, oblige l'association de l'hôpital psychiatrique avec les collectivités publiques ou les personnes morales de droit privé, gestionnaires des établissements ou service de prévention, de soins et de postcure dans un but de coordination des actions préventives sanitaires et de postcure, dans chaque département.
- L'arrêté du 14 mars 1972, fixe les modalités du règlement de lutte contre les maladies mentales à l'échelon départemental et indique que le secteur doit être composé d'une équipe pluridisciplinaire placée sous l'égide d'un médecin psychiatre chef de secteur, pour mieux répondre aux besoins de la population et assurer la continuité des objectifs définis.
- La circulaire n° 431 du 16 mars 1972 décrit les articulations et maillons que les équipes de secteur doivent mettre en place : psychiatrie adulte, infanto-juvénile...
- La circulaire DGS-2030 du 12 décembre 1972 recommande la "création des conseils de santé mentale de secteur"
- La circulaire DGS-891 du 9 décembre 1974 revient sur la nécessité de développer les liaisons, concertations et coordinations en insistant sur le rôle du conseil de santé mentale de secteur qui  
*"oblige chaque psychiatre responsable de secteur, conseiller en hygiène mentale dans la communauté, à établir des liaisons permanentes avec les médecins traitants, les travailleurs sociaux, la police, les représentants de la justice etc."*

Cette circulaire insiste sur la nécessité d'installations rapides de ces conseils et

*"qu'il serait opportun de se réunir plusieurs fois par an, avec un ordre du jour précis et concret"*.

- La circulaire DGS-892 / MSI du 9 mai 1974 est relative à la sectorisation infanto-juvénile et met en exergue la priorité de développer la collaboration avec les pédiatres, généralistes, service de PMI, crèches, services de santé scolaire...

L'instruction du 24 août 1981, recommande que l'accent soit mis sur la mobilité et polyvalence de l'équipe de secteur, sous-tendue par la création de points de consultation avec dispositif de soins en milieux ouverts et non thérapeutiques.

- La loi N°85-772 du 25 Juillet 1985 relative à la protection de la santé insiste sur les missions des établissements hospitaliers psychiatriques à savoir prévention, diagnostic et soins.
- La loi N°85-1468 du 31 Décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique institue une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs sanitaires ainsi que des secteurs psychiatriques.

### Après 1990 :

Malgré les appels répétés du législateur, la mise en place des conseils de santé publique reste plus que timide.

- La circulaire n° 90.5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, insiste une nouvelle fois sur les rôles des conseils de secteur qui sont :
  - Définir et résoudre les difficultés de coordination et coopération interprofessionnelle.
  - Stimuler les complémentarités entre le sanitaire et social, le public et le privé.
  - Produire les informations et les propositions nécessaires aux travaux des conseils départementaux de santé mentale et appliquer les recommandations de cette instance sur le terrain.

- La loi du 30 juillet 1991 porte sur la réforme hospitalière et demande à tous les établissements de santé

*"de participer en collaboration avec les médecins traitants et médico-sociaux à l'organisation de soins coordonnés, au domicile du patient et à des actions de coopération avec des personnes de droit public ou privé, avec lesquelles ils peuvent figurer des conventions d'intérêt économique".*

- Par les ordonnances 96.345 relative à la maîtrise des dépenses de soins et 96.346 relative à la réforme hospitalière publique et privée, les réseaux de soins entrent dans le code de la sécurité sociale et de la santé publique le 24 avril 1996.

Au sein de cette organisation, le médecin généraliste occupe une place de choix dans la prise en charge globale des patients.

*"Il doit inclure et intégrer les facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans ses réflexions sur la santé et la maladie ; ce qui doit s'exprimer dans les soins qu'il donne à ses patients".<sup>6</sup>*

<sup>6</sup> Groupe de LE EUWEN-HORST. 1974. Atlas OMS.



Ce groupe a proposé de décrire l'activité du médecin généraliste. Plus tard, la conférence commune OMS – WONCA (World Organisation of National Colleges and Academies of General Practitioners ) a engagé une démarche de réflexion, en particulier sur le champs d'activité ou la définition des fonctions du généraliste ( c'est le cas en France ).

L'approche théorique repose sur dix principes essentiels ;

- Une approche centrée sur le patient.
- La prise en compte de l'environnement du patient.
- Un champs d'activité défini à partir des besoins et des demandes du patient.
- Une réponse à la majorité de motifs de recours aux soins.
- Une démarche diagnostique orientée par la faible prévalence des maladies graves.
- Une intervention au stade précoce des maladies.
- La gestion simultanée de plaintes et de pathologies multiples.
- La capacité de suivi au long cours.
- L'aptitude à la coordination des soins.
- Une pratique efficiente (au sens économique du terme anglo-saxon : coût/efficacité et coût/utilité ).

La coexistence de ces principes permet de définir cette discipline clinique.

Le généraliste se trouve à l'interface de l'individu et de la collectivité. La proximité, la continuité et la coordination des soins, la connaissance du patient permettent d'améliorer la réponse médicale.

## **2. Intérêt de la création d'un réseau.**

Depuis plusieurs années, il existe une augmentation de la demande de soins et des besoins en santé mentale, et par la même, les champs dans lesquels elle s'exprime, se multiplient.

Le réseau apparaît, alors comme un outil essentiel pour répondre aux différents problèmes posés.

### **◆ Les besoins évoluent :**

' A la fois dans le domaine des troubles mentaux puisque : un patient sur trois va présenter des symptômes psychiques "légers" qu'il faudra prendre en charge.

Il sera souhaitable de tenir compte des coûts directs, liés à la consommation de psychotropes, à la consultation médicale et psychiatrique et des coûts indirects relatifs à l'absentéisme et éventuellement au handicap socioprofessionnel.

Les risques évolutifs tels que la comorbidité liée à l'alcoolisme et la chronicisation des troubles, ne devront pas être exclus non plus.

'A la fois dans la diversification de la demande inhérente au confort psychique que suscite la représentation sociale de chaque individu dans notre société moderne, industrialisée.

Ainsi la psychiatrie doit répondre à tout dysfonctionnement psychique qui relève plus de la souffrance psychologique que l'on peut rencontrer aussi bien dans un contexte médical que social.

La prise en charge de cette souffrance psychosociale est l'essence même de la fonction de prévention du réseau puisqu'elle peut augurer l'apparition de troubles plus graves.

Dès lors, il est urgent de renforcer l'implication et la complémentarité des autres acteurs de santé.

♦ Or devant cette demande, l'offre de soins a répondu par une multiplication des systèmes de soins sans que soit mise en place une politique de soins cohérente ; Les champs d'intervention se juxtaposent voire se concurrencent.

Il en découle un manque de collaboration et un cloisonnement de ces systèmes de soins, liés au fossé séparant les différents acteurs de santé de part l'existence de plusieurs "échecs" en psychiatrie et la diversité des pratiques de soins.

De plus, l'émergence de ces systèmes cloisonnés a conduit les professionnels à véhiculer une idée erronée.

Légitimement, les acteurs de santé pensaient qu'ils suivraient des patients différents sous prétexte de les voir dans des lieux de soins différents. Au contraire, les données actuelles plaident en faveur de l'idée que *"l'ensemble des soignants voit les mêmes malades mais à des temps différents de leur maladie"*.<sup>7</sup>

Cela rejoint la notion de *"parcours évolutif des malades"*, permettant d'établir leur *"parcours thérapeutique"* sous forme d'intervention de soins gradués.<sup>8</sup> Par exemple, le moment où le médecin prend en charge un patient déprimé diffère selon qu'il s'agit du premier épisode, d'une récurrence de dépression ancienne avec comorbidité liée au passage à l'acte ou d'une chronicisation qui a entraîné un handicap socioprofessionnel.

<sup>7</sup> Professeur HARDY- BAYLE. MC. PUPH. BROMEC. C.. *Technologie-Santé. n° 37. Le fonctionnement en réseau : une nouvelle logique d'organisation des soins en santé mentale. Juillet 1999. p 68.*

<sup>8</sup> Professeur HARDY- BAYLE. MC. *Pluriels. n° 17. Des réseaux pour la santé mentale. Avril 1999.*

♦ Quelles sont les conséquences de ce cloisonnement des réponses de soins ?

Sur le plan de la qualité de soins, les professionnels de santé adoptent une attitude concurrentielle et compétitive au lieu d'être complémentaire et pratiquent une psychiatrie peu spécialisée, incluse dans des réseaux de soins cloisonnés eux-mêmes.

L'exemple de la saturation de certains services hospitaliers, se fait l'écho de la carence de prise en charge en amont et en aval de ces services.

Quant à l'accès aux soins, il devient incertain, contribuant à la mauvaise image de la psychiatrie auprès de la population.

Pour illustrer ce propos, nous pouvons citer l'augmentation du recours aux services d'urgence, dans un but uniquement de consultation, induisant en plus un retard à l'accès aux soins les plus appropriés.

Le problème de la prévention des situations à risque, qui nécessite la collaboration des autres personnels de santé (travailleurs sociaux, médecins généraliste, psychologues...), est là aussi en prendre en considération.

Dans un rapport du groupe de travail "*Psychiatrie et grande exclusion*" en 1996, un tiers des personnes présentant des troubles mentaux, et en rupture sociale ne recevait aucun soin spécifique.

Sur le plan économique, les réseaux contribueraient à mieux réguler la mise en concurrence des services et grâce à la complémentarité des acteurs, d'éviter des gaspillages budgétaires.

De plus, il semble que les économies faites sur la réduction des lits d'hospitalisation complète, au profit de structures alternatives à l'hospitalisation, n'aient en rien amélioré la qualité des soins.

Le réseau devrait poursuivre cet objectif et ainsi légitimer ces restrictions budgétaires, permettant aussi de réduire le nomadisme médical ; existant dans le secteur libéral.

Il apparaît également, que le réseau devrait recentrer les prises en charge vers l'ambulatoire, permettant en terme d'évaluation des coûts, de réfléchir sur des indicateurs autres que les simples indicateurs économiques peu parlant sur la qualité des soins et de l'efficacité des systèmes de prise en charge.

Cela nécessite des moyens en personnel complémentaire et non une multiplication des structures d'accueil.

Enfin, en matière d'évaluation, l'ensemble des pratiques doit reposer sur un faisceau d'arguments clairs, explicites donc évaluables, impliquant des

indicateurs pertinents, assurant l'évaluation de l'efficacité et la qualité de soins prodigués à la population.

Qu'est ce qu'un indicateur ?

*"C'est un descripteur permettant la représentation simplifiée d'une réalité complexe".<sup>9</sup>*

Le choix d'un indicateur est basé principalement sur la pertinence, à savoir que la réalité décrite est reconnue comme importante pour évaluer l'action et qu'il ne décrit qu'un seul aspect de cette réalité (non ambiguë). Enfin il doit être non ambivalent (le niveau de l'indicateur et la réalité évoluent dans le même sens). Par exemple, l'indicateur "durée moyenne d'hospitalisation", ne rend pas compte qu'une hospitalisation à un moment donnée du parcours évolutif d'un patient, peut être très longue. De même, cet indicateur ne renseigne pas sur le nombre de réhospitalisations, induites par une faible durée de séjour.

Ainsi, l'évaluation des réseaux, nous amène à nous interroger sur nos pratiques et à les remettre en question, tout en nous apportant les moyens qui assureraient l'amélioration de notre exercice.

### 3. Qu'en est-il aujourd'hui ?

◆ Actuellement, le nombre de réseaux constitués évolue de façon exponentielle. Selon J. HOUVER *"le dispositif de la santé publique en sera totalement pourvu d'ici cinq ans".<sup>10</sup>*

Il faut trois ans, pour qu'un réseau ait pleinement assuré la fonction de prévention, à celle de prestations de soins ; De même pour acquérir la dimension de coordination organisée (sous-entendu que le réseau travaille avec une structure de santé publique).

Or cette fonction de coordination doit évoluer au fur et à mesure que le réseau se développe et que le nombre d'adhérents s'accroît, d'autant plus que les besoins de la population fluctuent et de nouveaux phénomènes font leur apparition.

- En premier lieu, l'augmentation de la population confrontée aux difficultés sociales, berceau du phénomène d'exclusion et source de souffrance psychique (chômage, alcool...)

<sup>9</sup> ANAES. *Principes d'évaluation des réseaux de santé*. Juin 1999. p 37.

<sup>10</sup> HOUVER. J. *Phuriel n°17. Des réseaux pour la santé mentale*. Avril 1999.

- C'est aussi, la recrudescence d'actes de violence chez les adolescents, confrontés aux problèmes, à la fois sanitaires, sociaux et judiciaires.
  - C'est l'augmentation de la toxicomanie et d'autres conduites addictives.
- Une partie de la population est vieillissante.
- Enfin, il existe de plus en plus de jeunes mères qui élèvent seules leur(s) enfant(s).

Tous ces phénomènes de société, imposent un travail, en réseau qui se doit d'être à l'interface du sanitaire et du social et qui doit réaffirmer la communication et le partenariat entre les différents acteurs de santé.

Mais, sans que le réseau ne devienne un substitut, prenant en charge tous les aspects de la vie des patients et induise ainsi une dépendance voire une chronicisation et *"évite de mettre en place des dépôts de mendicité de la fin du XX<sup>e</sup> siècle, où seraient les malades au long cours, dans un circuit d'assistance, dans des néo-asiles, dans ou hors les murs de l'hôpital"*.<sup>11</sup>

Dès lors, les réseaux de soins en psychiatrie vont agir à deux niveaux.

◆ *"L'un des enjeux de la psychiatrie contemporaine est de différencier et promouvoir deux types de réseaux où la rencontre avec l'usager puisse avoir lieu dans les meilleures conditions "*.<sup>12</sup>

Les réseaux primaires sont des réseaux de soin interpersonnels, s'articulant autour de la relation soignant-soigné.

Il s'agit d'un réseau de soins clinique qui induit un engagement relationnel personnalisé, hors des institutions comme :

- La psychiatrie infanto-juvénile de secteur
- La psychiatrie adulte en lien avec les familles, les mairies, etc....fonctionnant sur ce mode.

Ce type de réseau englobe dans une logique de territoire (le secteur), prône le partenariat entre le social et le médical, et tourné vers une population dépendante de la psychiatrie (psychotique en décompensation).

Les réseaux secondaires ont d'autres buts, dans la mesure où, ils mettent en valeur la coordination des soins entre les intervenants sociaux et les usagers ; ce travail est donc plus inter-institutionnel qu'interprofessionnel et s'applique à

<sup>11</sup> FOUCAULT.M. *La folie à l'âge classique*. Plon. 1979.

<sup>12</sup> LAVAL.C. HOUVER. J. BRON. *Psychiatrie n°213. Psychiatrie et réseaux de soins : Mise au point*. Octobre 1998. p38

une population cible, à une pathologie ou bien à une technique d'intervention. Il apparaît donc une opposition entre une psychiatrie dite de secteur et une psychiatrie plus inter-institutionnelle.

Donc, au gré de l'évolution des réseaux, la psychiatrie doit redéfinir ses missions et déplacer les centres d'intérêt en ce sens où les réseaux doivent être construits autour de thématiques bien définies, dépassant souvent le cadre du secteur.

#### 4. Expérience en Haute – Vienne.

Le terme de "secteur", est apparu pour la première fois dans les textes institutionnels, dans les années 70, avec le Décret du 11 mars 1970 et trouve sa véritable application par le l'Arrêté du 14 octobre 1972.

*"...Ainsi qu'il résulte d'instructions antérieures, le département doit être pour l'organisation de la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, divisé en zones géographiques. Celles-ci dénommées "secteur", constituent la base du service public appelé à répondre à la demande de soins de la population y résidant (...). Chaque secteur est dirigé par un médecin chef de secteur qui a la charge d'une équipe de secteur pluridisciplinaire".*

Ainsi, le département de la Haute-Vienne a été découpé en cinq secteurs (annexe I), avec comme point central, l'hôpital psychiatrique au sein duquel en 1973, le service hospitalo-universitaire sera créé.

C'est au secteur G03, du Centre Hospitalier Esquirol que nous allons nous intéresser plus particulièrement.

##### ◆ Quelques données générales : INSEE 1990

Le département de la Haute-Vienne, abritait 353600 habitants en 1990, pour une superficie de 5520 km<sup>2</sup>, soit une densité de 64 h au km<sup>2</sup>. La densité nationale étant de 104 hab au km<sup>2</sup>.

Le département se compose de 42 cantons dont 16 comprennent une partie de Limoges.

Le découpage de la carte sanitaire psychiatrique, montrait en 1990 une différence d'un service à l'autre, en ce qui concerne la densité des populations selon le secteur psychiatrique. Il en va de même pour le nombre d'habitants sur ces mêmes secteurs géographiques.

SECTEUR	POPULATION	DENSITE
1	73 659	63
2	59 541	53
3	71 442	65
4	68 360	71
5	81 172	68

Données actuelles : cf. Annexe II

◆ Présentation du fonctionnement du secteur psychiatrique 87 GO3.

**Secteur géographique :**

Il correspond à une aire géographique qui englobe un hôpital général accueillant les patients du secteur et 20% des pathologies graves d'autres départements (rapport d'activités-file active :cf annexe III) et des organismes privés liés à cet effet par convention avec l'état qui exerce une activité de service public.

La zone regroupe Limoges-cité et trois cantons : Eymoutiers, Saint-Léonard et Châteauneuf.

**Equipe de soins:**

Elle est assimilée à un ensemble pluridisciplinaire de personnes, placées sous l'égide d'un psychiatre hospitalier coordonnateur des actions intra et extra-hospitalières. Cette équipe se compose de :

- pour le réseau toxicomanie
  - ◆ Un praticien hospitalier à temps partiel
  - ◆ Un médecin assistant
  - ◆ Un généraliste attaché
  - ◆ Une assistante sociale CSCT

- pour le secteur G03
  - ◆ Trois praticiens hospitaliers
  - ◆ Deux assistants
  - ◆ Un psychiatre attaché
  - ◆ Deux généralistes vacataires
  - ◆ Un psychologue
  - ◆ Deux assistantes sociales
  - ◆ Une équipe infirmière de secteur qui a été individualisée en 1997 et qui regroupe
    - une surveillante coordonnatrice
    - quatre infirmières et un infirmier (dont l'un prend en charge des patients alcoolo-dépendants )
    - une aide-soignante.

L'équipe de secteur est dotée de véhicules, lui assurant une totale liberté de travail, comme intervenir plus rapidement, au lieu de vie même des patients et optimiser leur prise en charge.

### **Structures déconcentrées et institutions :**

Elle désigne des lieux de rencontre où les consultations sont assurées par un des médecins psychiatres du secteur ou attaché au secteur G03, avec une fréquence de une à trois fois par semaine. Il s'agit de

- trois hôpitaux de jour
- un centre d'accueil à temps partiel
- quatre dispensaires
- cinq maisons de retraites
- quatre foyers occupationnels et un centre d'aide par le travail
- un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie
- un centre de lutte contre la toxicomanie

### **Missions de chacun :**

- Quant à l'hôpital, elles sont stipulées par la loi du 31 juillet 1991, sur la réforme hospitalière
  - égalité d'accès aux soins à tous
  - ouverture à toute personne dont l'état le nécessite
  - permanence d'accueil
  - soins préventifs et curatifs
  - formation et recherche



- Spécifiquement à la psychiatrie, l'article L.326 du code de la santé publique, s'en fait l'écho :
  - intervention au plus près de la population.
  - diversifier les formules de soins ambulatoires et intervention à domicile.
  - offrir des actions de réinsertion et de réadaptation sociale.
  - développer la prévention en partenariat
  - assurer une mission d'intervention dans la communauté
  - articuler les actions propres des différents secteurs d'activité (psychiatrie générale, infanto-juvénile, pénitencière...)
  
- Les psychiatres de secteur, ont pour mission :
  - prévention en évitant l'hospitalisation et en apportant des soins précoces.
  - continuité des soins grâce au développement de la concertation et de la coordination des soins.
  - proximité des soins en repoussant l'exclusion et la désinsertion sociale.

La psychiatrie de secteur se doit de promouvoir un accueil, des soins diversifiés et de proximité pour faciliter l'accès aux soins et rester dans le milieu de vie habituel des patients.

### **Comment cela s'articule t-il en pratique, à l'échelon local ?**

- La mission des praticiens hospitaliers référents et des psychiatres privés.
    - Sur Limoges même, elle consiste à prendre en charge les patients grâce aux consultations, soit au niveau du CH Esquirol, soit dans les différents dispensaires.
    - Sur les cantons, le suivi se fait en interne ou en externe avec des consultations dans différents centres médicaux, en collaboration avec des médecins généralistes ou des psychiatres privés.
    - Les assistantes sociales travaillent par unité en relation avec leurs homologues de l'UDAF (Union Départementale Des Associations Familiales ) ou la DISSD (Direction des Interventions Sociales et de la Solidarité départementale ).
    - Les infirmiers(ères) de secteur vont soit au domicile des patients soit dans les différents dispensaires, prodiguer soins, écoute et accompagnement.
- L'objectif de l'équipe est de préparer la sortie des malades à partir de l'unité d'hospitalisation, nécessitant un travail en réseau avec les médecins généralistes, psychiatres privés et autres travailleurs sociaux de secteur.

Après deux années de fonctionnement, quel bilan pouvons nous établir ?  
Doit-on réaffirmer les missions du secteur ? Quels sont les besoins de la population et les attentes des généralistes de terrain ?

Dans le but de répondre à ces questions, nous avons réalisé un audit de pratique, sur cinquante médecins généralistes correspondants du secteur G03, préalable à la création d'un réseau plus structuré.

## ENQUETE SUR LE SECTEUR 87 G03 : PREALABLE A UN TRAVAIL EN RESEAU STRUCTURE

### 1. Enquête de pratique.

#### ◆ Définition :

L'essence même de la pratique médicale est l'observation (clinique, épidémiologique...), d'autant que la médecine n'est pas une science exacte ; dès lors, il existe une pluralité d'attitudes face à une situation clinique donnée, de la part des praticiens.

*" Une enquête de pratique est une étude d'observation qui décrit l'état des pratiques de la médecine au quotidien".*

Elle nécessite une démarche rigoureuse notamment dans la nature et la qualité du recueil des informations.

#### ◆ Buts:

Avant la mise en place d'un réseau cohérent et fonctionnel, notre premier travail a été de redéfinir le pourquoi de la constitution d'un réseau, à quels besoins peut-il et/ou doit-il répondre ?

L'évaluation des besoins de santé légitime la conception, le développement et l'évaluation du réseau lui-même.

Ainsi, il est essentiel - de connaître la nature exacte du problème, sa fréquence, sa gravité.

- de définir la population concernée, ses attentes.
- de répondre aux demandes à la fois des patients mais aussi des professionnels de santé.

- de savoir comment intervenir de la façon la plus appropriée et efficace et à moindre coût.

Pour répondre au mieux à ces questions, nous avons combiné des approches qualitatives et quantitatives.

' Un audit médical utilisant l'enquête de pratique comme principale support avec élaboration d'un questionnaire

' Un recueil de points de vue de professionnels de santé, de travailleurs sociaux, par entretiens individuels en face à face.

Ainsi, nous pouvons identifier les véritables questions dont les réponses auront un réel impact sur la santé, nous permettant d'élaborer des recommandations pour la pratique.

#### ◆ Quand et quoi évaluer :

Un réseau est difficile à évaluer puisqu'il est en constante évolution et ne correspond que rarement et temporairement à une structure modèle de référence.

Nous proposons donc d'évaluer le réseau avant son lancement, impliquant de prendre en considération le degré de mobilisation des acteurs, la pertinence de composition du réseau, de son implantation.

Pour ce faire, nous avons tenté de suivre une méthode rigoureuse en quatre phases.

#### - 1) Définir le sujet :

- Type d'étude : Enquête auprès de médecins généralistes
- objectifs de l'étude

' Global évaluer la perception qu'ont les médecins généralistes de la sectorisation psychiatrique.

' Partiel définir la population testée.

connaissance du secteur

facteurs motivants l'hospitalisation en milieu psychiatrique.

relations médecins généralistes - sectorisation

représentation médico – sociale du médecin généraliste.

formation, information, obstacle au rôle d'aide sociale du

généraliste.

- Population : 50 médecins généralistes qui travaillent sur le secteur géographique psychiatrique G03 et qui ont eu un rapport avec l'équipe de

secteur infirmière (10 urbains / 40 ruraux et semi-ruraux ).

- Source d'information : questionnaire

## - 2) Elaborer le protocole :

Il consiste en la rédaction du questionnaire que nous avons souhaiter, détaillé et cohérent<sup>13</sup> avec des objectifs précis auxquels des questions claires, courtes, sans ambiguïté tentent de répondre.

Une fois rédigé, nous avons testé le questionnaire sur un échantillon réduit de médecins appartenant à la population cible (grâce à la collaboration de plusieurs associations médicales de formation continue de secteur ) et ainsi nous avons pu le reformuler et l'améliorer.

## - 3) Réaliser et diffuser :

Ainsi validé, nous avons pu procéder à la réalisation du protocole et à la diffusion de la méthodologie.

Les médecins ont reçu par voie postale un questionnaire en janvier 1999 à remplir de façon anonyme. (cf. Annexe IV )

Ce questionnaire comprenait 24 questions fermées ; certaines d'entre elles proposaient un choix multiple de réponses et contenaient au maximum 6 items. Le remplissage du questionnaire (n'excédant pas trois minutes), a fait suite au test lors d'une enquête.

Avec ce protocole, nous avons essayer d'appréhender le rôle, les attentes, et les difficultés que rencontrent les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne, dans la perspective de la création d'un réseau ville-hôpital en psychiatrie.

## - 4) Rechercher et recueillir les données

Les informations recueillies ont émané de différentes sources :

- la littérature générale

entre autres études épidémiologiques et cliniques contenues dans divers articles généraux et revues, rapports de groupes de travail.

- les documents historiques

Supports fondateurs de réseaux (SIDA, hépatite C, gérontologie, cancer hémodialyse...).

---

<sup>13</sup> Cf. *Enquêtes sur la santé de la collectivité : Guide pratique destiné aux professionnels de santé. Elaboration d'un questionnaire. Rennes. Ecole Nationale de Santé Publique. 1986.*

Ces études ont aidé à la réalisation de notre enquête, dans sa méthodologie et renseigné sur l'analyse des besoins, à partir desquels un réseau peut se constituer, sur ses buts et objectifs.

En complément, nous avons recueilli d'autres informations auprès des professionnels sous forme d'entretiens individuels, renseignant sur d'éventuels effets directs et indirects d'un futur réseau constitué.

## 2. Résultats bruts.

← Le taux de réponses a été de 68 %.

← 59 % des généralistes interrogés ne connaissent pas l'équipe infirmière de secteur malgré le fait que lors de son individualisation, une des premières missions de l'équipe était de se présenter à eux. 76 % d'entre eux s'adressent directement au médecin psychiatre correspondant.

← Dans la recherche de facteurs motivant une ré-hospitalisation en milieu psychiatrique, les répondants ont considéré la prise anarchique et/ou inconsidérée de médicaments comme facteur le plus important (53 %) ; Ils ont incriminé l'isolement familial ensuite (47 %) et pour seulement 10 %, l'absence de suivi de secteur.

70 % des généralistes interrogés pensent qu'un suivi de secteur plus régulier (à posteriori) n'aurait pas diminué le nombre des hospitalisations.

← Quant à définir les facteurs handicapant le maintien à domicile de leurs patients, les praticiens ont répondu, dans 70 % des cas, qu'il s'agit de difficultés de réinsertion et/ou d'hébergement ; pour 61 % d'entre eux, la pathologie psychiatrique elle-même interdit le maintien à domicile. Pour 23 %, ce sont les problèmes financiers qui impliquent l'hospitalisation.

Enfin, un médecin a répondu que certains de ses patients n'avaient pas de domicile fixe.

← En ce qui concerne le devenir de leurs patients, au sortir d'hospitalisation, 26 % des généralistes ne sont pas informés ; lorsqu'ils le sont, c'est n'est que quelques jours après leur sortie (58 %) ; 32 % le sont le jour même et seulement 10 % ne sont prevenus que quelques jours avant.

← Dans le but de structurer le réseau, le médecin généraliste joue un rôle prépondérant, notamment de " porte d'entrée " du système. Ainsi, dans leur représentation médico-sociale, 62 % des répondants ont conscience du rôle de médiateur social qu'ils endossent.

Mais il semble apparaître des carences, d'ordre organisationnel et de formalisation : 26 % ont participé à l'élaboration de projets de réseaux et seulement 23 % sont membres d'une association, visant à maintenir le malade mental à domicile.

← Quels sont les obstacles au bon fonctionnement du secteur ?

70 % des praticiens notent le manque d'information et de formation concernant la prévention des situations à risque et l'éducation des malades eux-mêmes et de leur famille.

85 % d'entre eux n'ont jamais participé à une séance de formation médicale continue sur le rôle d'aide sociale.

Sur 26 praticiens qui ne font pas partie d'une association dont l'objectif est de maintenir le malade à domicile, seulement 5 souhaiteraient une adhésion.

Trois facteurs essentiels freinent leur élan :

- le temps pour 50 %
- l'information pour 27 %
- la motivation pour 15 %

### **Remarques :**

Nous n'avons pu éviter certains biais, dans la réalisation de cette enquête et ils sont de deux ordres

← Biais de sélection.

- dans le choix des médecins, à partir des données fournies par le bureau du secteur ; nous avons établi la liste de 50 généralistes qui ont travaillé avec l'équipe de secteur. Elle ne prend pas en compte la totalité des praticiens qui opèrent sur la zone géographique, telle qu'elle est définie par le découpage de la carte sanitaire psychiatrique. De plus, cette liste doit être remise à jour, dans la mesure où certains médecins ne peuvent plus y figurer (pour telle ou telle raison...). Les remplaçants éventuels n'ont pas assez de recul ou d'expérience pour porter un jugement fiable sur le fonctionnement du secteur psychiatrique.

- dans le choix des questions, à posteriori, il est clair que certaines d'entre elles sont peu contributives quant à la mise en évidence de dysfonctionnements et que d'autres auraient pu être mieux libellées et plus pertinentes (malgré le pré-test).

← Biais d'information.

- Il s'agit d'un questionnaire non exhaustif

- L'information est non détaillée, ce qui a pu occasionner un choix de la part des médecins interrogés lors du remplissage.

Le fait capital à noter, est le taux de réponse (68 %) relativement important, probablement grâce à l'appropriation par les associations de formation médicale continue qui met en exergue la volonté d'implication des médecins de terrain pour améliorer et optimiser la prise en charge des malades mentaux.

La formation médicale continue reste un formidable outil de communication, qu'il est urgent de promouvoir et de pérenniser.

L'autre point nous semblant important, réside dans le fait qu'il s'agit d'une étude descriptive, avec une tentative de mise en évidence des carences fonctionnelles du secteur psychiatrique ; cela constitue un moyen d'encourager les différents partenaires, à travailler de façon concertée et coordonnée, donc de s'approprier les améliorations que l'on peut apporter au terme de cette étude et permettre une évaluation ultérieure de la prise en charge du processus de réseau.

### **3. Discussion : Intérêt de la création d'un réseau.**

Au terme de cette enquête, nous avons pu définir quelques obstacles pouvant nuire au bon fonctionnement du réseau.

**\*A\***

La première difficulté à laquelle nous nous heurtons concerne la nature des relations qu'entretiennent les médecins généralistes avec les psychiatres hospitaliers.

En effet, elle conditionne la qualité et la continuité des soins ; malgré certaines améliorations dans la complémentarité entre médecine de ville et médecine hospitalière, apportées par différentes réformes, il existe encore quelques réticences génératrices d'angoisse pour les patients.

L'élément essentiel dans ce trio est le malade et son devenir ; il nécessite un travail commun en définissant les rôles respectifs de chacun des thérapeutes et de tenir compte de l'avis du malade.

Comment articuler hyperspécialité et connaissances générales pour un meilleur service rendu aux malades ?

#### 1- Quelques éléments de discorde, mis en évidence par l'enquête :

← La méconnaissance de l'équipe de secteur

- 59 % des généralistes interrogés ne connaissent pas l'équipe de secteur, malgré l'existence d'une note informative adressée à tous les médecins responsables des institutions situées sur le secteur géographique.

← Les difficultés de communication

- Même si 76 % des médecins s'adressent directement au psychiatre, il existe une multiplication des intervenants qui ne facilite pas la personnalisation des relations professionnelles.

De plus, il apparaît que rarement, le médecin hospitalier téléphone au médecin de famille pour obtenir des informations ou pour rendre compte de l'évolution de l'état du patient.

← Le retard dans l'acheminement des compte-rendus des lettres d'admission

- 26 % des généralistes questionnés, ne sont pas toujours informés du devenir de leurs patients et s'ils le sont, ce n'est que quelques jours après (58 %). Parfois, le patient est revu en consultation avant même l'arrivée du courrier de sortie, chez le généraliste.

← Le manque de précision des informations à l'admission des patients

- Le contenu des lettres d'admission, n'élimine en rien le doute sur les motifs d'hospitalisation.

De plus, des informations sur la situation familiale et psychosociale du patient peuvent manquer.

## 2 - Quelles sont les causes de ces insatisfactions ?

← La structure incohérente du système de soins français, ne favorise pas les bonnes relations confraternelles.<sup>14</sup> Il existe une méconnaissance réciproque des conditions de travail et des logiques de chaque système. Les problèmes restent divers entre le service public, le privé, les hospitalisations et les consultations externes. Rappelons que ces différentes approches doivent être complémentaires et indispensables dans l'intérêt du patient.

← Le patient dispose d'un libre accès auprès de tous les intervenants et théoriquement, il peut, de ce fait, multiplier les avis, d'autant qu'il existe peu de problèmes de remboursement.

---

<sup>14</sup> BARBAUD.F. de BUTLER. J ATTALI.C. MOLINA. J. (Collège Médical des Généralistes Enseignants : Groupe Ecriture) Exercer. Réflexion sur la " continuité des soins ". n° 19. Novembre / Décembre. 1992. p21.



La logique du patient diffère de celle du médecin et ce dernier doit en tenir compte, car un défaut de communication entre thérapeutes peut avoir des conséquences néfastes pour la prise en charge et le devenir du patient, qui reste somme toute, l'objet des soins.

*"La relation privilégiée entre thérapeutes garantit la qualité des soins si elle respecte la liberté du malade".<sup>15</sup>*

Par cette complémentarité entre acteurs de santé pourront se faire les progrès (déjà en cours), quant aux réponses adaptées à apporter aux patients.

Le réseau peut être la réponse des intervenants de soins à la demande croissante de la population.

### \*B\*

Un autre frein, à l'avancée du projet est le facteur espace-temps qui génère des difficultés à se rencontrer et source de rupture dans la continuité des soins : c'est la pérennité du réseau qui est remise en question.

L'enquête fait état, du manque de temps des médecins généralistes à pouvoir participer à des formations médicales continues ou à faire partie d'une association visant à maintenir le patient à domicile. Pourtant, le temps doit être le "bien" le plus important pour mettre en place régulièrement, des réunions de travail entre tous les intervenants.

(1) L'expérience montre que de nombreux réseaux s'essouffent voire disparaissent quelques années après leur création, pour deux raisons :

- perte de motivation
- manque de temps

Au vue du taux de réponses au questionnaire, les généralistes restent motivés pour mettre en place le réseau ; pour preuve, ils éprouvent des difficultés à faire face aux problèmes posés par leur pratique quotidienne.

Pour P.Larcher,<sup>16</sup> une des bases communes aux réseaux qui fonctionnent, est la motivation de ses membres à rechercher une meilleure efficacité et sécurité.

Dans cette optique précise, le réseau reste une entité en perpétuel mouvement et la baisse d'implication d'un de ses membres (voire son départ) est comblée par l'arrivée d'un nouvel adhérent.

<sup>15</sup> ATTALI.C. BARON.C. HUAS.D. POUCHAIN.D. (Collège National des Généralistes Enseignants : Groupe Ecriture). *Exercer. Les relations Médecins Généralistes- Médecins Hospitaliers*. n°23. 1993. p5.

<sup>16</sup> LARCHER.P. *Technologie-Santé. Réseaux de Santé : Mythe ou Réalité. Réseaux de soins en périnatalité : Actes du colloque de Dijon du 22 juin 1998*. n°37. Juillet 1999

L'appartenance ou non au réseau doit être choisie en toute liberté.

Le développement du réseau base son origine, sur des incertitudes telles la diversité des acteurs, la création de projets fédérateurs, la pertinence et l'efficacité des objectifs.

L'instabilité du réseau doit être canalisée et ainsi, être la garantie de sa pérennité.

(2) Pour ce faire, il faut la reconnaissance des institutions, source de financement et de moyens ; d'où l'élaboration de règles formelles, de statuts et l'établissement en commun, d'une charte de bonne conduite.

Pour perpétuer les financements nécessaires à la survie du réseau, il semble nécessaire de prendre en compte la fonction de coordination (temps partiel ou temps plein, avec rémunération) et bien sur la réalisation d'une procédure d'évaluation<sup>17</sup> : la circulaire DGS / DAS / DH / DSS / DIRM n°99 / 648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux le préconise.

*- tous les réseaux de santé de proximité, candidats à un financement de l'état, devront fournir un cahier des charges unique, permettant l'instruction du dossier et ils seront soumis à une auto-évaluation accompagnée d'une évaluation externe.*

(Lettre type aux responsables de réseaux : cf. Annexe V)

Dans le cas qui nous préoccupe, il s'agit d'un réseau expérimental, (prévu par l'article L.162.31.1 du code de la sécurité sociale) devant être soumis pour avis au conseil d'orientation des filières et réseaux de soins et agréé par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; cette expérimentation est limitée à une durée de trois ans.

Les financements seront adaptés aux objectifs, en évitant de solliciter un seul financier et l'orientation des recherches se fera vers les collectivités territoriales et caisses d'assurance maladie.

**\*C\***

Le troisième constat, mis à jour par notre enquête montre le rôle d'aide sociale et sanitaire du médecin généraliste. En effet, 62 % d'entre eux, pensent avoir un rôle de médiateur social, mais limité par manque de moyens (pour 70

<sup>17</sup> ANAES. Principes d'évaluation des réseaux de soins de santé. Juin 1999.

% en particulier) ; ce rôle s'exercerait autour de l'information, la formation concernant la prévention des situations à risque, l'éducation et le soutien aux familles.

Dans certains contextes où se mêlent maladie et pathologies dites "de société" telles que l'isolement, l'alcoolisme ou la toxicomanie, le médecin généraliste se retrouve isolé et ne peut offrir de réelles réponses adaptées aux usagers.

Ainsi, nous mettons à jour la question de l'articulation du sanitaire et du social, sous-tendue par la place et les rôles de chaque intervenant et celle de "l'usager-malade-citoyen".

Pour illustrer ces propos, nous pouvons citer une enquête effectuée en 1991 et parue dans la revue *Exercer n°34 de novembre / décembre 1995*, portant sur les médecins et les institutions intervenant dans l'action sanitaire et sociale dans le département du Val de Marne.

- Tous les généralistes sont soumis aux difficultés sociales de certains patients.

- Face à l'apparition de pathologies de "société", l'approche biomédicale de la formation médicale devient obsolète.

- Les médecins clament leur motivation à être des "médiateurs sociaux".

- Leurs actions sont freinées par la lourdeur administrative.

- Enfin, il existe un réel intérêt pour le "travailler ensemble" et notamment pour la mise en place d'un "réseau pluridisciplinaire de proximité".

Comme nous le constatons, les problèmes revendiqués par les médecins semblent s'être délocalisés, frappant actuellement notre région. Dès lors, la complémentarité entre le sanitaire et le social s'impose d'elle-même.

Un rapport du groupe de travail "Psychiatrie et grande exclusion" en 1996, relève qu'un tiers des personnes en situation sociale précaire et présentant des troubles psychiatriques, ne reçoit aucun soin spécifique.<sup>18</sup>

Il est donc urgent de continuer à développer et améliorer les formations ouvertes à la fois aux médecins mais aussi aux travailleurs sociaux et infirmiers de secteur, portant sur les dimensions de prévention et d'éducation pour la santé.

Mais "*La prévention ne se limite pas à un chapelet de conseils*"<sup>19</sup>

A priori le discours de prévention n'est pas uniquement qu'un discours médical (scientifique), il doit prendre en compte toutes les problématiques de la population.

<sup>18</sup> MENARD.J. *Pluriel*, n° 15. Septembre 1998

<sup>19</sup> Dr MENARD(Didier). *Président de la coordination de réseaux. Bulletin des réseaux. L'expérience des réseaux pour la prévention. Septembre 1998.*

Par conséquent, avec un fonctionnement basé sur la coopération, le réseau peut proposer une approche globale et, "délocaliser" la prévention vers la population qui devient actrice de sa propre santé. Par ce biais, fait jour, un moyen de limiter l'engorgement des services d'urgences, submergés par l'augmentation des demandes à caractère psychiatrique ; de même cela peut permettre d'améliorer les conditions d'hospitalisations en secteur psychiatrique.

Les psychiatres hospitaliers éprouvent des difficultés à accueillir des patients dans des délais acceptables ainsi qu'à fournir des réponses adaptées aux services d'urgences.

Par ailleurs, le réseau pallierait les problèmes de condition de sortie et de prise en charge des patients.

En somme, le réseau est sans nul doute, une réponse pour tous les acteurs de santé, en ce sens où il répond aux besoins de la population compte tenu de la compétence et la spécificité de chacun de ses intervenants et, en retour il offre aux thérapeutes, les moyens d'améliorer leurs pratiques.

#### **4. Ebauche de constitution d'un réseau**

##### ◆ Architecture:

1) Il pourrait être constitué de l'ensemble des praticiens libéraux, travailleurs sociaux et des structures sociales, médico-sociales et sanitaires au sein du secteur géographique 03 du Centre Hospitalier Esquirol, tel qu'il a été défini selon le découpage de la carte sanitaire psychiatrique.

2) Il s'agirait d'organiser entre partenaires, une structure qui utiliserait et optimiserait les moyens existants (institutions et structures hospitalières, équipes de secteur et autres associations...) en respectant les connaissances et compétences inhérentes à chacun des partenaires sociaux.

3) Les promoteurs de ce projet (généralistes et psychiatres) sont ainsi réunis en association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 et portant le titre : "Réseau de soins psychiatriques LIMOGES – Vassivière" et dont le siège social est fixé à l'hôpital de jour, rue du Dr Lamazière 87400 Saint-Léonard de Noblat.

4) Dès lors, l'association assurerait l'interface entre l'hôpital et les médecins généralistes, pour coordonner la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux et se poserait en unique interlocuteur pour apporter une réponse sanitaire et/ou sociale, la mieux adaptée.

( cf. Annexe VI)

#### ◆ Les objectifs :

1) Cette association a pour but :

' D'organiser, de promouvoir, de coordonner et d'optimiser toutes les formes de soins, aux patients atteints de pathologies psychiatriques, relevant du secteur 87 GO3 du CH Esquirol.

' D'informer et de former les professionnels de santé aux techniques

- de repérage des situations à risque (précarité, exclusion...).
- de maniement des nouvelles thérapeutiques.
- de suivi (hôpital de jour, cure de désintoxication).

2) Outre les objectifs fixés, du réseau, il semble important de rédiger une charte de bonne conduite entre les intervenants, de manières à atteindre les objectifs cités.

Cela implique le fait que tout participant au réseau accepte l'évaluation de son travail, mais aussi la collaboration et le décloisonnement du système médico-psycho-social.

#### ◆ Fonctionnement – Régulation :

1) Le réseau ne peut fonctionner que si chaque membre respecte et adhère à la charte du réseau.

2) Le médecin généraliste est la nécessaire "porte d'entrée" du patient dans le réseau de soins, sans pour autant qu'il devienne le référent de sa prise en charge.

Il est le pivot de ce système puisqu'il effectue la régulation lors de la consultation au cabinet médical ou au domicile.

Cette situation se fonde sur la complémentarité et coordination des différents intervenants de manière à centraliser les informations ;

a) la réalisation d'un "dossier unique" accompagnant le patient, peut permettre de formaliser cette complémentarité, d'autant plus que ce dossier peut servir de support à une évaluation ultérieure.

b) la création d'un poste de coordonnateur et d'un secrétariat doit permettre des réponses rapides et les plus adaptées possibles, à telle ou telle situation.

Cette formalisation induit, une coordination locale entre les médecins généralistes et responsables d'institutions pour traiter les demandes de façon électorales ; par exemple, connaître le nombre de lits pour assurer une admission rapide ou bien mettre en place un suivi au plus près du lieu de vie du patient par l'équipe de secteur.

Chaque structure devrait peut être se doter d'un correspondant volontaire de réseau.

### 3) Des réunions locales doivent avoir lieu

← pour traiter les dossiers cas par cas avec

- les unités territoriales d'actions sociales (UTAS) n°5 et n°9, la commission locale d'insertion (CLI) n°3

- les médecins généralistes, psychiatres privés et hospitaliers

- les infirmiers de secteur

- les pharmaciens

← pour former tous les intervenants aux nouvelles techniques.

← pour faire le bilan du réseau (lors de séances de FMC )

← pour informer les malades et les familles (liberté éclairée des usagers)

Ces réunions, dont la fréquence reste à définir, ont pour but de dynamiser le réseau et renforcer collaboration et coordination entre les différents membres de l'association-réseau et les travailleurs sociaux et médico-sociaux.

## ◆ Outils du système :

### 1) Infrastructure

Actuellement, le siège de l'association se trouve à l'hôpital de jour à Saint-Léonard.

Il conviendra, selon la création ou non d'un secrétariat, d'adapter la structure d'accueil pour permettre de disposer d'un numéro d'appel unique et pourquoi pas, un support informatique avec création de site web.

### 2) Personnels

Comme nous l'avons déjà énoncé, il convient de créer un poste de médecin coordonnateur pourvu par une personne possédant, à la fois une expérience de terrain et de pratique hospitalière.

Pouvant être une aide non négligeable pour l'évaluation, l'association réseau doit posséder dans ses membres, au moins un médecin généraliste enseignant, spécialiste en formation médicale continue, méthodologiste et épidémiologiste.

3) Pour que son action puisse se réaliser, il serait souhaitable d'attribuer à l'association réseau des moyens et des compétences spécifiques. Le financement doit être suscité, condition à la mise en place du projet et à sa pérennisation.

## CONCLUSION

Depuis plus de vingt ans, et sur l'initiative des professionnels de santé, des tentatives de création de réseaux se sont multipliées.

Il est établi que c'est l'épidémie de SIDA qui a été à l'origine de la dénonciation des aspects cloisonnés et hiérarchisés du monde médical qui de par son fonctionnement antinomique ne pouvait donner de réponse cohérente au défi posé par cette maladie.

Dans ce contexte, il a été intéressant de voir les pouvoirs publics proposer et renforcer leur soutien.<sup>20</sup>

Face à cette évolution, la psychiatrie a répondu par la différenciation et la promulgation de deux types de réseaux :

- un réseau primaire, tissé autour de la relation soignant-soigné et ce, depuis que le secteur psychiatrique existe (années 70 ).

- un réseau secondaire à valeur inter-institutionnelle avec comme finalité, la coordination des soins et la concertation entre professionnels.

Localement, forts de "l'expérience" limousine de la sectorisation, nous avons tenté de mettre à jour, les dysfonctionnements du secteur, d'encourager et de consolider les relations entre partenaires de santé dans le souci de constituer un réseau psychiatrique ville-hôpital formalisé.

Au moyen d'une enquête, effectuée dans une population de médecins généralistes, partenaires potentiels et motivés, nous avons pu percevoir leurs attentes, leurs besoins et leurs rôles dans une telle structure, relayée par les associations médicales de formation continue. Cette démarche a abouti à la création d'une association – réseau qui apparaît une formule de coopération sanitaire, adaptée et souple.

Sur l'ébauche de création du projet de réseau, il reste à définir la charte de bonne conduite, en accord avec tous les intervenants et les indicateurs pertinents d'évaluation de la qualité de soins , condition nécessaire pour un financement ultérieur.

Il nous apparaît que le réseau est une réponse adaptée, des acteurs de santé, aux demandes croissantes et diverses de la population. Dans le même temps, il permet aux différents partenaires de se donner les moyens de répondre efficacement en s'appropriant les nouvelles techniques.

---

<sup>20</sup> Cf. Circulaire du 4 juin 1991 sur les réseaux ville-hôpital et Ordonnances du plan Juppé du 24 avril 1996.



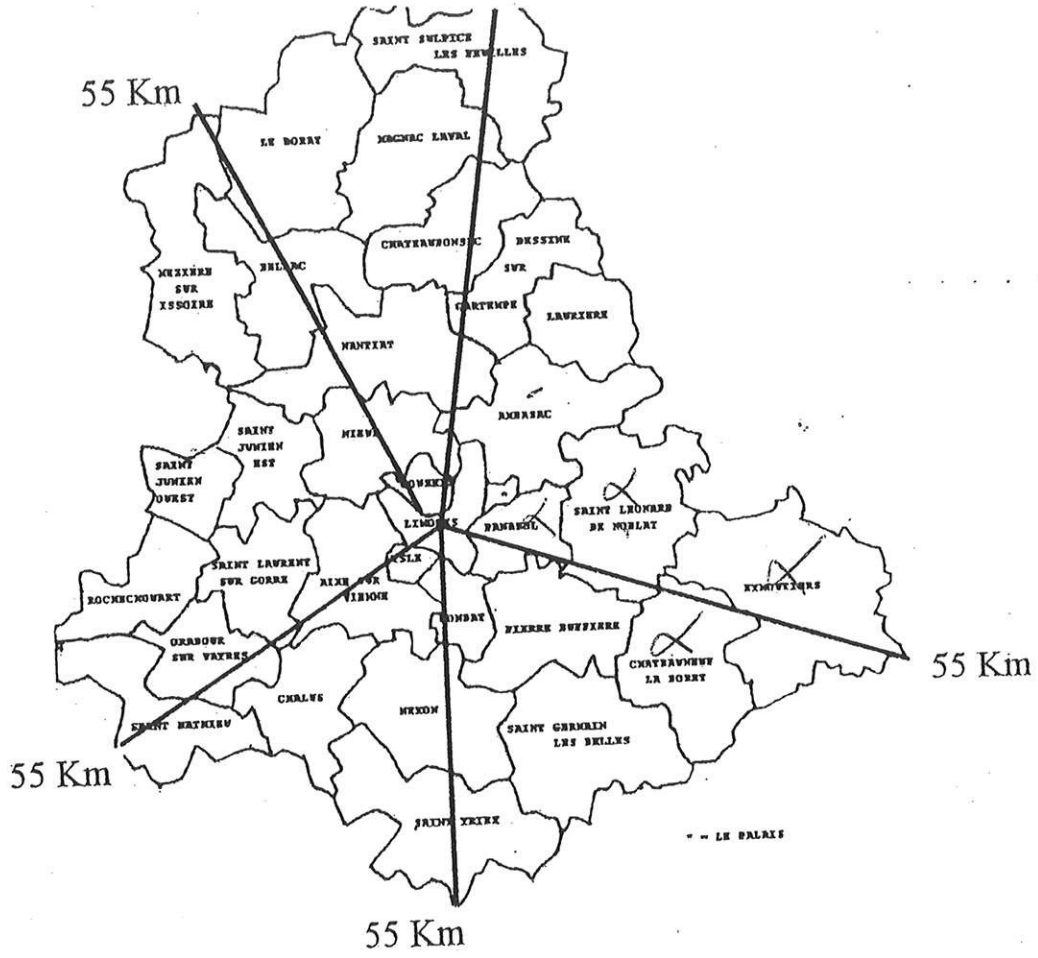
Les événements de cette fin de millénaire, nous ont montré l'utilité et le réconfort moral que suscite une structure en réseau, avec comme axe central, le généraliste et l'hôpital psychiatrique en structure d'accueil, permettant de façon spontanée d'assurer un soutien psychologique par la présence et l'écoute auprès des populations en détresse et d'apaiser les souffrances.

Sur le terrain, le secteur a bien fonctionné ; il représente une excellente base pour le réseau en associant tous les partenaires de santé médico-sociaux par convention pour la promotion d'une véritable action de santé publique :

- pour tous
- mobilisable facilement
- pouvant dépister des pathologies nouvelles ou des épidémies et intervenir rapidement
- pouvant être un moyen d'évaluation et de randomisation des techniques permettant de généraliser les compétences.

# ANNEXES

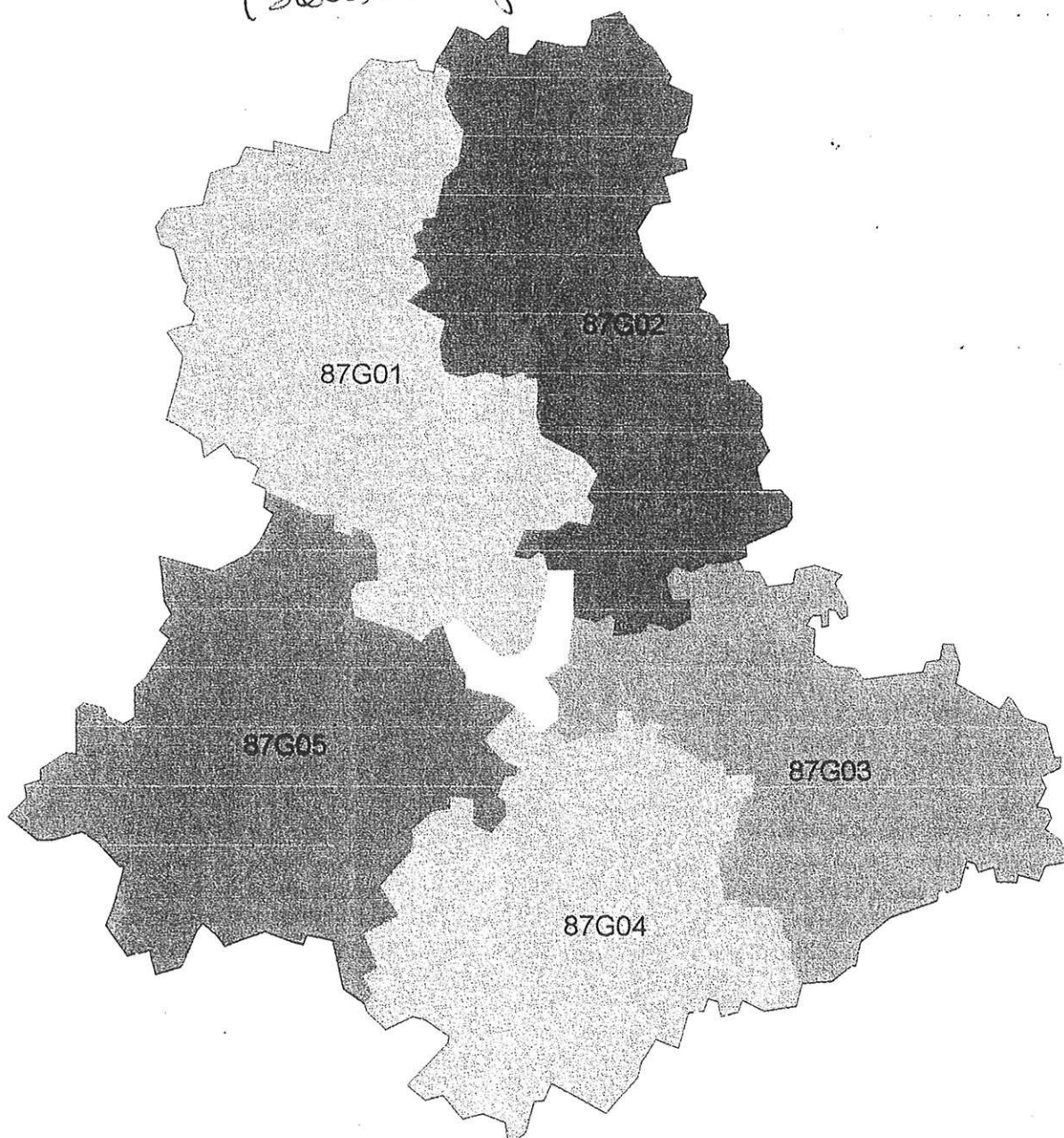
ANNEXE I



ANNEXE II

Secteurs	psdc99	superficie	densité
87g01	37665	117853	32,0
87g02	34776	113010	30,8
87g03	44907	94977	47,3
87g04	37367	101368	36,9
87g05	65197	117060	55,7

(Sans images)



ANNEXE III

28/01/1999 14:04:34

RAPPORT ACTIVITE SECTEUR 3  
-----

NOMBRE DE PATIENTS VUS AU COURS DE L'ANNEE .....	1981
NOMBRE DE PATIENTS VUS POUR LA 1ERE FOIS .....	876
NOMBRE DE PATIENTS VUS 1 SEULE FOIS DANS L'ANNEE .....	260
NOMBRE DE PATIENTS BENEFICIAANT : - a.a.h. ....	336
- pension invalidite .....	153
- allocation compensatrice ..	8
NOMBRE DE PATIENTS BENEFICIAANT : - sauvegarde de justice .....	23
- curatelle .....	139
- tutelle .....	132
- protection en cours .....	43

Repartition par sexe & groupe d'age  
-----

AGE+-----+									
SEXE	?	< 15	15-24	25-44	45-64	65-84	> 84	TOTAL	
MASCULIN	8	4	58	392	326	111	38	937	
FEMININ	18	2	58	337	383	163	80	1041	
S/TOTAL	26	6	116	729	709	274	118	1978	



ANNEXE IV

LIVERTOUT Denis  
Interne en Médecine Générale  
Résidence Les Vignes  
1, Allée la Quintinie  
87000 - LIMOGES

Limoges, le

Cher Confrère,

Je réalise la thèse de mon Doctorat en Médecine sur le secteur psychiatrique n° 3 en collaboration avec Monsieur le Docteur LOMBERTIE, Médecin Psychiatre Chef de Service du Secteur 3 et Monsieur le Docteur NICOT, Médecin Généraliste.

Je poursuis les objectifs suivants :

- définition de la connaissance du secteur 3
- définition de la clientèle pouvant bénéficier des soins psychiatriques
- déroulement de l'admission au C. H. ESQUIROL
- définition des rôles du secteur dans une situation d'urgence
- problèmes rencontrés dans la relation patient-médecin-secteur
- investissement des médecins généralistes dans l'amélioration du secteur
- définition de la place du médecin généraliste dans l'organisation du réseau ville-hôpital
- formation des médecins généralistes et des médecins psychiatres.

Je souhaiterais connaître les aspects positifs et négatifs du fonctionnement de ce secteur ainsi que vos attentes en vue de son amélioration.

Aussi, je vous suis très reconnaissant pour les quelques minutes que vous accorderez au remplissage de ce questionnaire (à renvoyer à l'adresse ci-dessus). Les conclusions de ce travail, traitées de manière anonyme, vous seront adressées ultérieurement.

Je vous prie de croire, Cher Confrère, en l'expression de mes sentiments confraternels.

**Denis LIVERTOUT**

- Connaissez-vous l'équipe infirmière de secteur à domicile ?

- son numéro de téléphone
- sa surveillante
- ses infirmières

- Travaillez-vous pour le maintien à domicile de vos patients avec :

- les infirmiers (ères) du canton
- les infirmiers (ères) du secteur
- les assistantes sociales de la CRAM
- les assistantes sociales de la DDASS
- les assistantes sociales du secteur

- Existe-t-il au moins une structure de proximité dans la zone géographique où vous intervenez ?

- hôpital de jour
- C. M. P.
- consultation dispensaire
- foyer d'hébergement
- maison de retraite
- centre de postcure

- Quant au suivi de vos patients au sein de ces structures et dans le but d'une cohérence de soins avec quel(s) intervenant (s) êtes-vous en relation ?

- infirmiers (ères)
- psychiatre
- assistante sociale
- éducateur

- Etes-vous installé en milieu :

- rural
- semi-rural
- urbain
- seul
- en cabinet médical

- Suivez-vous des patients :

- alcoolodépendants
- toxicomanes
- psychotiques

- Combien de patients relevant de soins psychiatriques de secteur suivez-vous ?

- de 0 à 5
- de 5 à 20
- plus de 20

- Connaissez-vous les différents numéros de téléphone du secteur psychiatrique n° 3 ?

oui  non

- Lors d'une hospitalisation appelez-vous ?

- le secrétariat médical du P. C
- les unités de soins
- le bureau des entrées
- le bureau de secteur
- la surveillante-chef
- le médecin psychiatre correspondant

- Au cours de votre dernière année de pratique combien avez-vous demandé de :

- H. O      0 - 5
- 5 - 10
- plus de 10
- H. D. T    0 - 5
- 5 - 10
- plus de 10

- Vous avez été prévenu par :

- le patient lui-même
- la famille
- une infirmière de secteur
- une assistante sociale de secteur
- la gendarmerie

- Pensez-vous qu'un suivi de secteur plus régulier aurait permis la diminution du nombre de ces hospitalisations ?

oui  non

- Lors de la dernière hospitalisation que vous avez faite, quel facteur aurait pu déclencher cette situation ?

- absence de suivi de secteur
- prises médicamenteuses irrégulières  
ou surdosage
- précarité sociale et impasse financière
- isolement familial

- selon votre clientèle et votre situation géographique, êtes-vous confronté aux difficultés de réinsertion sociale et/ou d'hébergement de vos patients ?

oui

non

- S'agit-il de problèmes :

- financiers
- maintien à domicile impossible
- manque de place à l'hôpital
- absence de domicile

- Etes-vous informé du devenir de vos patients ?

oui

non

- Si oui, l'êtes-vous ?

- à leur sortie
- quelques jours avant
- quelques jours après
- par courrier
- par téléphone

- Combien de patients bénéficient de la carte santé ?

- de 20 %
- entre 20 % et 35 %
- entre 35 % et 50 %
- + de 50 %

- Au sein du réseau ville-hôpital, croyez-vous avoir une fonction de médiateur social ?

oui

non

- Dans le but de prévenir et d'éduquer, pensez-vous être suffisamment bien formé et informé ?

oui

non

- Avez-vous participé à une F. M. C. sur le rôle d'aide sociale du médecin généraliste ?

oui

non

- Avez-vous collaboré à l'élaboration de projets permettant le développement du réseau de prise en charge ?

oui

non

- Etes-vous membre d'une association visant à maintenir le patient à domicile ?

oui

non

Si non, le souhaiteriez-vous ?

- Quels facteurs vous en empêchent ?

- la motivation
- le manque de temps
- le manque d'information

MERCI

ANNEXE V

## LETTRÉ-TYPE AUX RESPONSABLES DE RÉSEAUX

Madame, Monsieur,

A partir de 2000, tous les réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux candidats à un soutien de l'Etat (qu'ils soient monopathologiques [infection à VIH, infection à VHC, pratiques addictives, maladies rares...], polypathologiques [gériologie-douleur- cancer, infections virales chroniques-pratiques addictives-précarité...], ou populationnels [personnes âgées, nouveau-nés, personnes précarisées...]) auront à remplir un dossier unique, qu'il vous faudra remettre à la DDASS. Ce dossier devra répondre à un cahier des charges commun, qui tiendra compte de leur date de création, de leur stade d'évolution, et de la qualité de leur démarche (objectifs précis et indicateurs de résultats).

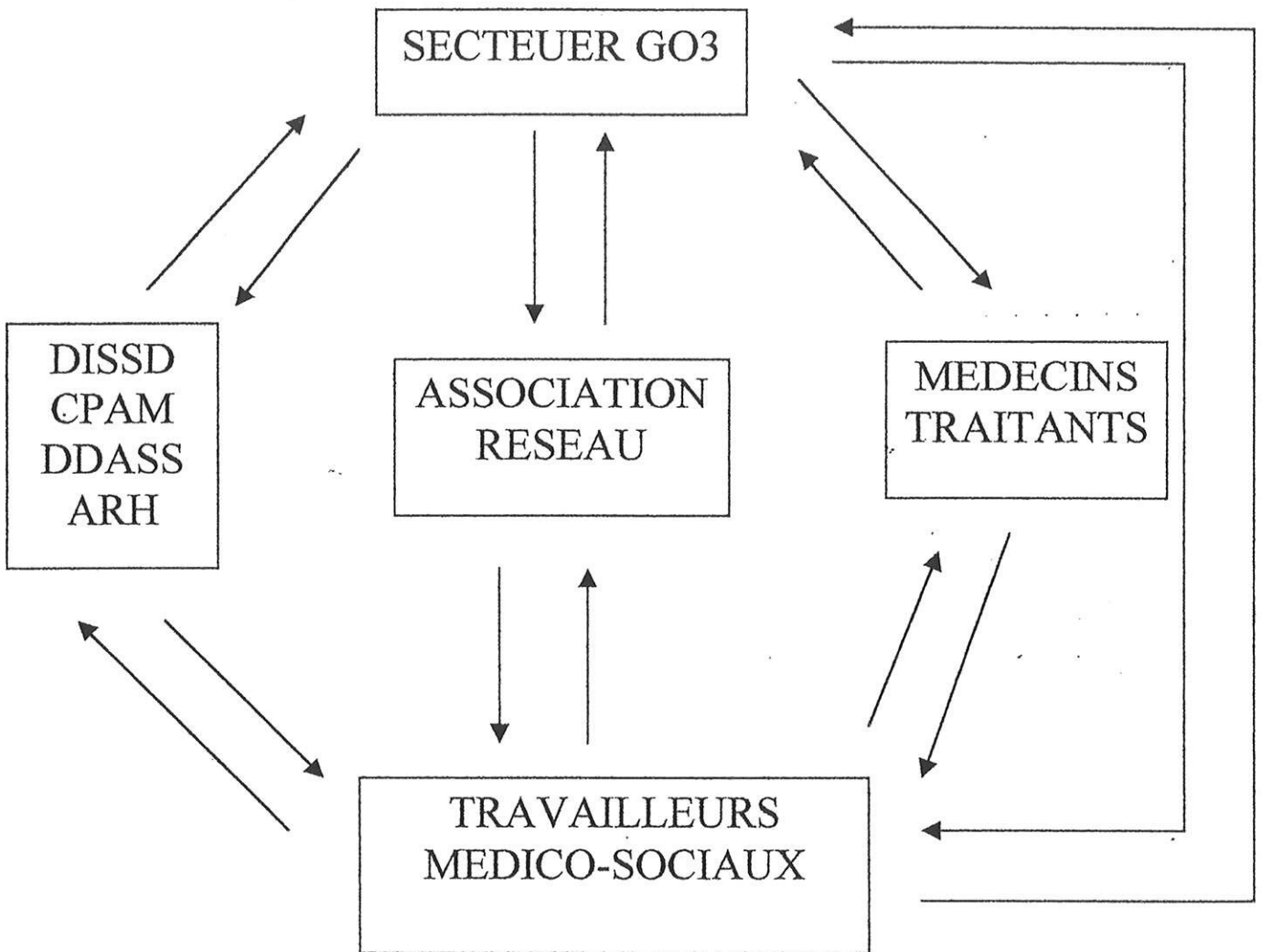
Pour ce faire, vous devrez préciser :

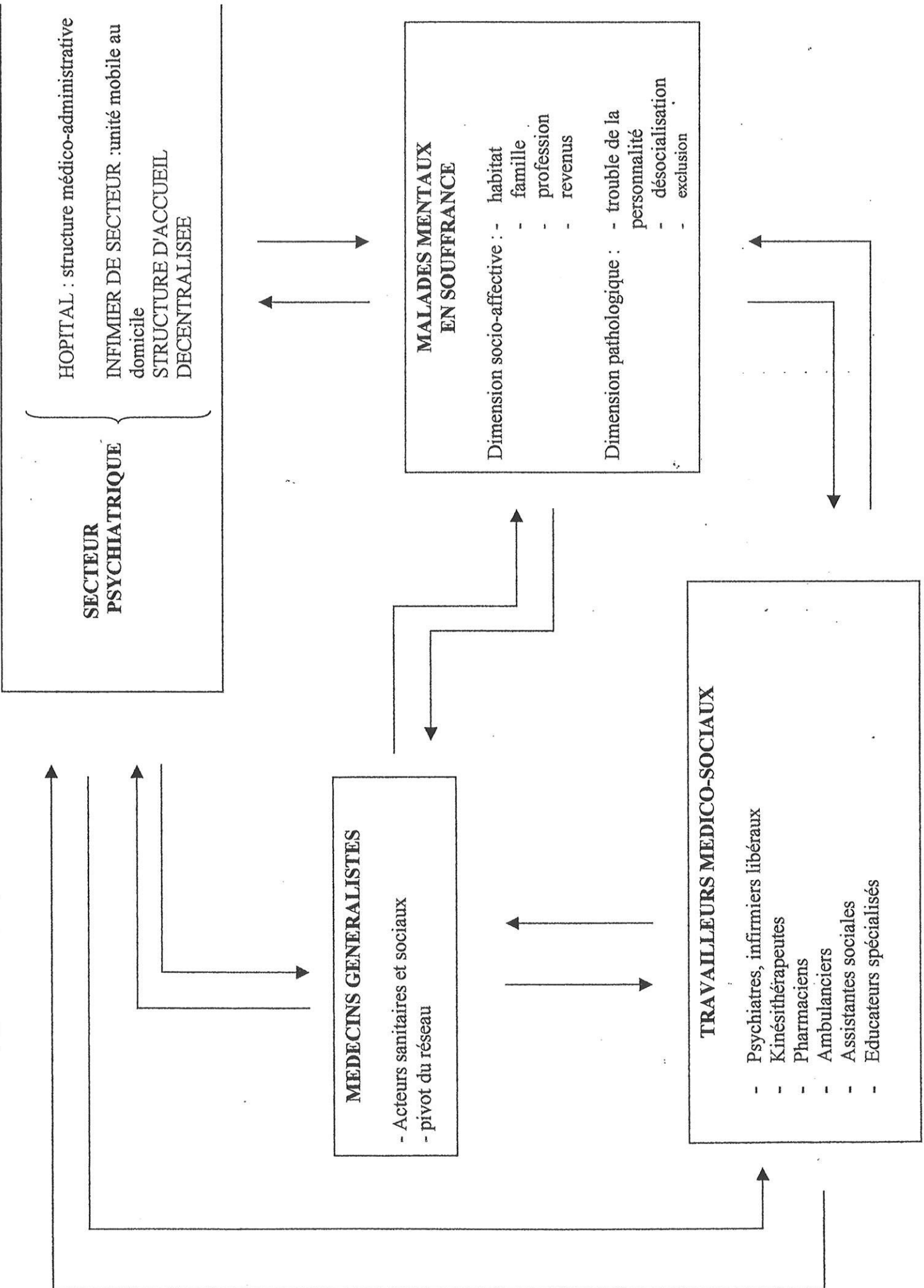
- Le statut juridique de votre réseau (vous en fournirez les pièces justificatives) ;
- Les objectifs, si possible quantifiés, actuellement poursuivis par le réseau ;
- Son champ d'action :
  - Thème fédérateur
  - Territoire géographique actuellement couvert
- Sa composition et son organisation interne :
  - Quelles professions y sont représentées ?
  - Quel nombre de membres dans chaque profession ?
  - Existence d'une charte précisant les buts du réseau ainsi que les droits et devoirs de ses membres ? (vous en joindrez le texte)
- Les responsables de prestations de qualité :
  - Qui assure la coordination ? Comment ?
  - Quelles formations le réseau assure-t-il à ses membres ? (joindre le programme)
  - Quelles mesures ont été prises pour assurer la sécurité des communications entre les membres du réseau ?
- La place des usagers dans le réseau
- Son cadre de relations avec les institutions environnantes (conventions, participation, financement...) : joindre le texte des accords écrits.
- Le montant des autres financements attendus
- Les moyens et méthodes mis en place pour le suivi et l'évaluation du projet

Cette procédure unique allégera votre tâche et permettra une instruction plus rapide et plus homogène des dossiers.



ANNEXE VI





## **BIBLIOGRAPHIE**

-----

## OUVRAGES GENERAUX ET PERIODIQUES

### 1-AUDISIO M.

- La psychiatrie de secteur : une psychiatrie militante
- Domaine de la psychiatrie. 1980. PRIVAT. 414 pages.

### 2-CHANOIT PF. De VERBIZIER J.

- Sectorisation et prévention en psychiatrie
- Psychiatrie et santé. 1987. ERES. 346 pages.

### 3-FOUCAULT M.

- La folie à l'âge classique.
- PLON . 1979.

### 4-LOMBERTIE ER. Chef de service. Hôpital Esquirol. Limoges

- Quelques données sur l'évolution appréciée en 1980 de schizophrènes suivis dans le cadre du secteur créé en 1974.
- Mémoire pour la délivrance du Certificat d'Etudes spécialisées de psychiatrie.
- Septembre 1980. 121 pages.

### 5 - Activités scientifiques de secteur

- Actes de colloques sous l'égide de l'association scientifique des psychiatres de secteur.
- La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale
- Mars 1997. N°6

### 6 - Activités scientifiques de secteur : actes de colloques sous l'égide de l'association scientifiques des psychiatres de secteur.

- La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale
- Mars 1998. N°16.

### 7 - Institution en mouvement.

- L'information psychiatrique.
- Juin 1997. N°6. Volume 73.

- 8 - Lutter contre l'exclusion sociale.
  - Un rôle central pour les services décentralisés du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.
  - Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville.
  - Février 1995. 55 pages.
  
- 9 - Principe d'évaluation des réseaux de santé
  - Service évaluation économique, service évaluation secteur libéral, service évaluation des établissements de santé.
  - Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
  - Juin 1999. N°4. 133 pages.
  
- 10 - Psychiatrie de secteur et culture.
  - L'information psychiatrique.
  - Avril 1996. N°4. Volume 72.
  
- 11 - Réseaux de soins : mythe ou réalité
  - Dossier spécial convention annuelle du CNEH.
  - Technologie et santé.
  - Juillet 1999. N°37. 100 pages.
  
- 12 - Réseaux et filière de soins : mieux comprendre
  - Union Nationale de Formation Médicale Continue.
  - Collection VOLTAIRE. 1997. 80 pages.
  
- 13 - Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux.
  - Janvier 1996. N°1. Volume 72.

## ARTICLES EXTRATS D'OUVRAGES GENERAUX ET REVUES SPECIALISEES

### 1- ALIN G.

- De la prise en charge individuelle à la coordination des soins.
- Exercer. N°5. Spécial Recherche.1994. pp 24-30.

### 2- ATTALI C., BARON C., HUAS D., POUCHAIN D.

- Les relations Médecin Généraliste - Médecin Hospitalier.
- Communication Collège National des Généralistes Enseignants "groupe écriture".
- Exercer. Septembre / Octobre 1993. N°23. pp 4-8.

### 3- ATTALI C., BARBAUD F., De BUTLER J., MOLINA J.

- Réflexion sur la " continuité des soins ".
- Fonction Collège National des Généralistes Enseignants " groupe écriture ".
- Exercer. Novembre / Décembre 1992. N°19. pp 20-23.

### 4- ATTALI C.,GAY B., MAIRESSE JP., ROUGERON C.

- Les relations entre les médecins généralistes et les médecins institutionnels.
- Coordination Collège National des Généralistes Enseignants " groupe écriture ".
- Exercer. Septembre / Octobre 1994. N°28. pp21-25.

### 5- BAILLEUX O., BRXI Z., ELGHIZI B., FATRAS JY., HOULON A., HOLLEBECQUE V., SCHAETZEL F.

- Le médecin généraliste : acteur sanitaire et social
- Enquête Créteil – Solidarité Département formation et recherche.
- Exercer. Novembre / Décembre 1995. N°34. pp 24-26.

### 6- BARATA N.

- Les réseaux face aux blocages institutionnels: prise en charge du quatrième âge
- Propos recueillis lors des XVIII èmes journées annuelles communes de gérontologie
- Décision Santé, 28 février 1998, N°125-15, pp 28-31

**7- BERTHEL M.**

- Centre de Gériatrie Hôpital Universitaire Strasbourg
- Pour maintenir un dément à domicile, accompagner la famille
- La revue du praticien , Médecine Générale, 16 novembre 1998, N°438, pp15-17

**8- BONAL.C, HARDY-BAYLE MC., HOVER J., LEPOUTRE R.**

- Des réseaux pour la santé mentale
- Pluriels, Avril 1999, N°17, pp 1-5

**9- BOURDILLON F.**

- Evolution des systèmes de soins
- Les réseaux Ville – hôpital : principaux facteurs de changement
- Connexions 66/1995-2, pp75-83

**10- CHAMBONET JY., SENAND R.**

- Regards de patients sur leur médecin
- recherche
- Exercer, Septembre / Octobre 1996, N°38, pp 22-25

**11- De BUTLER**

- Le malade accompagné : un patient " sous influence "
- Réflexions
- Exercer, Janvier / Février 1998, N°45, pp 28-30

**12- DELALANDE JP., LEVY D., TERRASSE N.**

- AFNOR – ISO : Les systèmes normatifs
- Le Généraliste, 9 Mars 1999, N°1926

**13- DURIEUX P., MATILLON Y.**

- Champs d'activité et fonction
- L'évaluation médicale : du concept à la pratique
- FLAMMARION, Médecine – Science, chapitre 1, pp 11-28

**14- DURIEUX P., MATILLON Y.**

- Principes de médecine générale
- L'évaluation médicale : du concept à la pratique
- FLAMMARION, Médecine – Science, chapitre 1, pp 5-9



**15- ERRIEAU G**

- Construire un réseau cancérologie dans le VAL de MARNE
- Ville – Hôpital, le bulletin des réseaux, Décembre 1998 / Janvier 1999, N°16-17,pp 3-4

**16- FARSI F.**

- Le réseau ONCORA, réseau régional de cancérologie (Rhône –Alpes)
- Ville – Hôpital, le bulletin des réseaux, Décembre 1998 / Janvier 1999, N°16-17,pp 5-7

**17- GALLAIS JL.**

- Mythe et réalité : le syndrome anxio-dépressif en question
- Réflexion
- Exercer, Janvier / Février 1998, N°45, pp 4-10

**18- GALLAIS JL.**

- Actes et Fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales
- Recherche
- Exercer, Septembre / Octobre 1996, N°38, pp 14-15

**19- GLUD JV., STEFFEN B., WAGNER JP.**

- ROHAN : Réseau Oncologique Hanau- Alsace du Nord
- Ville – Hôpital, le bulletin des réseaux, Décembre 1998 / Janvier 1999, N°16-17,page 7

**20- GODFRYD M. CHS EVREUX**

- Comment fonctionnent les hôpitaux de jour en psychiatrie d'adultes
- Le quotidien du médecin, 2 Novembre 1998, N°6370, pp 21-22

**21- GRANGER B., PELICIER Y.**

- La prise en charge du malade alcoolique
- Concours médical, Juin 1994, pp 6-8

**22- HIRZOWSKI D.**

- Réseau "douleur " ville-hôpital : premières expériences
- Ville – Hôpital, le bulletin des réseaux, Décembre 1998 / Janvier 1999, N°16-17,page 10

**23- HOUVER J., LAVAL C.**

- Psychiatrie et réseaux de soins
- Psychiatrie, Octobre 1998, N°213, pp 3834-3836

**24- KRAKOWSKI I.**

- ONCOLOR : réseau Lorrain de cancérologie
- Ville – Hôpital, le bulletin des réseaux, Décembre 1998 / Janvier 1999, N°16-17, pp 4-5

**25- LAFOND M.**

- Le médecin généraliste : au cœur de la prise en charge de l'alcoolodépendance
- Impact Médecin Hebdo, N° Spécial, Avril 1996, pp 10-11

**26- LAFOND M.**

- Réseaux de soins ; objectifs communs autour d'un même malade alcoolodépendant
- Impact Médecin Hebdo, N° Spécial, Avril 1996, pp 12-13

**27- LEGLISE Y.**

- Réseau 34 : Toxicomanies
- D'un réseau toxicomanie en passant par une collaboration avec un réseau VIH, à une dynamique régionale de réseau de soins
- Ville – Hôpital, Le bulletin des réseaux, Décembre 1998-Janvier 1999, N°16-17, pp10-11

**28- LEMAITRE M.**

- Coordination Gérontologique : L'exemple de Bourgneuf
- Magazine santé, p 19

**29- LEVY L.**

- L'organe, la personne, l'environnement
- Outil pédagogique
- Exercer, Septembre / Octobre 1996, N° 38, pp 18-21

**30- MENARD D**

- Congrès National des Réseaux
- Ville – Hôpital, Le bulletin des réseaux, Décembre 1998-Janvier 1999, N°16-17, pp 16-17

**31- MENARD D**

- L'expérience des réseaux pour la prévention
- Ville – Hôpital, Le bulletin des réseaux, Juillet 1998, N°25, page 3

**32- MENARD J.,** Directeur général de la santé

- Des inégalités aux réseaux
- Entretien
- La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, pp 7-8
- Pluriels, Septembre 1998, N°15

**33- PAILLARD J**

- Comment choisir son médecin
- Panorama du Médecin, Lundi 13 Mars 2000, N° 4706, pp 14-16

**34- PAZART L.**

- Les enquêtes de pratique
- L'évaluation médicale : du concept à la pratique, chapitre 7, pp 43-47
- FLAMMARION, Médecine- Science

**35- POLOMENI P.**

- Organisation des soins en cancérologie
- Ville – Hôpital, Le bulletin des réseaux, Décembre 1998-Janvier 1999, N°16-17, pp10-11

**36- SERIN A.**

- ONCOSUD (Avignon)
- Ville – Hôpital, Le bulletin des réseaux, Décembre 1998-Janvier 1999, N°16-17, pp10-11

**37- VERDOUX H.,** CHU Bordeaux

- Avant le premier épisode psychotique : quelle place pour la prévention ?
- Halopsie, Septembre 1999, N°22, pp 13-20

**38- Direction des hôpitaux – Mission SIDA**

- Les réseaux Ville – Hôpital dans la lutte contre le SIDA
- Pour une meilleure prise en charge médicale, psychologique et sociale des patients
- Mars 1994

- 39** - Journal Officiel de la République Française  
- Décret, arrêtés, circulaires, textes généraux  
- Ministère de l'emploi et de la solidarité  
- 12 juillet 1992, pp 10781-10799
- 40** - Osmose MG – FORM  
- Faire le diagnostic éducatif  
- Avril 1997, N°84, pp 6-17

## ARTICLES RELEVES SUR INTERNET

### 1- BEREGOVOY P

- Décret N°93-345 du 15 Mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- Journal Officiel de La République Française, 16 Mars 1993, pp4093-4100
- site [http : // www . multimédia.com / cardi / decret 93 . htm](http://www.multimédia.com/cardi/decret93.htm)

### 2- BANTMAN P., DUFOUR- ZELMANOVITCH, CH des Murets, La Queue en Brie

- La notion de réseau en psychiatrie
- Réflexion sur l'utilisation du terme réseau dans le champs médico-social
- Site : [http : // Serpsy. org / réseau . html](http://Serpsy.org/reseau.html)

### 3- DANQUIGNY E., DIGONNET E., KERNEIS H., et al, Service du Dr WINDISCH, CH Esquirol 1 et 2, St Maurice, Val de Marne

- Prise en charge des patients psychotiques désocialisés : une prise en charge centrée sur l'hôpital
- Journées scientifiques de l'hôpital Esquirol 1et 2, Décembre 1998, Clinique et précarité
- Site : [http : // Serpsy . org / psychotique – désocialise . html](http://Serpsy.org/psychotique-désocialise.html)

### 4- GOUDAL R, PECORARI M.( infimier), Mme GOUZE (Présidente de l'UNAFAM Paris ) et al

- La demande d'intervention d'urgence au domicile : Quelles réponses ?
- Cycle de formation continue sur l'accueil dans le secteur et les nouvelles pratiques infirmières
- Site [http : // Serpsy. org / congre- intervention. html](http://Serpsy.org/congre-intervention.html)

### 5 - L'urgence psychiatrique à Paris, par secteur, 24h /24h, SAMU, Les types de structures

- Site : [http : // www. psycom 175 . org /urgence. htm](http://www.psycom175.org/urgence.htm)

### 6 - La législation et les règles d'hospitalisation

- Loi du 27 juin1990, ordonnance du 24 avril 1996, principales règles
- Site :[http : // www. psycom 175 . org / hospitalisation. htm](http://www.psycom175.org/hospitalisation.htm)

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 121

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

## **RESUME :**

Il est un fait établi, que le SIDA est à l'origine de l'émergence puis de la multiplication des réseaux de soins, pour pallier les carences institutionnelles dans la réponse aux problèmes présentés.

En psychiatrie, cette notion est ancienne et la sectorisation a prôné des objectifs avant-gardistes quant à la prise en charge globale des malades mentaux, en assurant le continuum entre dépistage, traitement à domicile, soins hospitaliers et suivi de post-cure.

A partir de l'expérience limousine de sectorisation psychiatrique, il nous semble que le réseau est une réponse adaptée des partenaires de santé, aux défis posés par l'apparition de nouvelles pathologies de "société".

Notre enquête sur le secteur 87 GO3 du Centre Hospitalier Esquirol a pour but de formaliser les rôles de chacun au sein de ce système, en cernant les dysfonctionnements du secteur, les attentes des médecins généralistes de terrain et les besoins de la population.

De la synthèse de cette évaluation a découlé la création d'une association - réseau :

" Réseau de soins psychiatriques LIMOGES - VASSIVIERE  
Fondation solide et concrète pour la constitution d'un réseau ville- hôpital structuré et opérationnel.

**DISCIPLINE :** Médecine

**MOTS CLES :** Réseau

Secteur  
Psychiatrie  
Généralistes  
Malades mentaux  
Coordination  
Partenariat  
Evaluation

**Faculté de Médecine de Limoges  
2, rue du Dr Marcland  
LIMOGES**