

Place de la recherche dans les réseaux de santé

L'exemple du réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud

Marie-Christine Hardy-Baylé, Christine Bronnec
et Marie-Pierre Chaillet*

■ Introduction

Les réseaux de santé constituent une révolution dans la manière de concevoir et d'organiser les liens entre les acteurs de santé. Ils sont un outil consubstantiel à l'élaboration de pratiques partenariales indispensables dans une logique de santé publique.

Les professionnels y sont requis pour envisager non seulement leur propre action, dans la relation singulière avec le patient, mais également leur place spécifique à côté des autres métiers impliqués dans la trajectoire de santé des personnes.

Les questions auxquelles vont être confrontés les professionnels d'un réseau ne peuvent, par définition, trouver de réponses dans des savoirs déjà constitués. Il ne s'agit pas de diffuser des connaissances académiques mais de confronter celles-ci aux connaissances acquises par l'expérience, en fonction de situations spécifiques, dans un contexte particulier de l'offre de soins. L'objet est donc le partage de connaissances, le débat sur les pratiques et sur la place des différents métiers pour une meilleure organisation des soins. Le réseau doit alors être envisagé à la fois comme un contenu de recherche (les questions de santé s'y déclinent de manière spécifique et la recherche est directement au service des actions mises en œuvre) et comme le cadre méthodologique privilégié pour y répondre.

Afin de montrer l'intrication de la recherche et des soins dans le développement d'une politique en réseaux et plus précisément en réseaux de santé mentale, nous prendrons l'exemple du réseau santé mentale Yvelines Sud.

* Marie-Christine Hardy-Baylé, psychiatre, professeur des universités, centre hospitalier de Versailles, service hospitalo-universitaire de psychiatrie, directrice du réseau de promotion pour la santé mentale des Yvelines Sud.

Marie-Pierre Chaillet, praticien hospitalier, responsable de la coordination du réseau de promotion pour la santé mentale des Yvelines Sud, département d'information médicale, centre hospitalier de Versailles.

Christine Bronnec, directrice d'hôpital, chargée de mission pour l'évaluation des soins en psychiatrie à l'ATIH et directrice administrative et financière du réseau de promotion pour la santé mentale des Yvelines Sud.

■ Le réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud : un espace organisé de débat et d'innovations dans l'organisation des soins, sur la base de consensus entre professionnels

Le réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud – RPSM 78 – est composé de trois associations représentant les praticiens libéraux (GYPSY pour les médecins généralistes, PSYLIB pour les psychiatres libéraux, APCY pour les psychologues libéraux) et de quatre établissements de soins (l'institut Marcel-Rivière, établissement privé participant au service public hospitalier, l'établissement public de santé Charcot, établissement spécialisé, le centre hospitalier de Versailles, la clinique d'Yveline, établissement sous OQN ¹). Ce réseau couvre un territoire de 650 000 habitants correspondant à huit secteurs de psychiatrie adulte et trois secteurs de pédopsychiatrie. Au total, plus de 450 professionnels participent au réseau (*cf.* encadré).

Le projet du RPSM 78 est de réunir les différents acteurs intervenant à un moment ou à un autre de la trajectoire de soins des patients ou des personnes en situation à risque pour définir des protocoles de prises en charge situant la place respective des différents acteurs en fonction des différentes situations rencontrées. Les questions posées sont celles de la pratique et de la place de chaque professionnel dans la prise en charge.

L'absence de « normes » en matière de prises en charge en santé mentale en dehors de principes généraux de traitements (à titre d'exemple, la complémentarité des approches est privilégiée sur un traitement exclusivement médicamenteux ou psychologique mais cette complémentarité ne fait pas l'objet de recommandations précises dans la discipline) rend impossible l'élaboration de protocoles de soins qui pourraient constituer des guides pour organiser les circuits de prise en charge (protocoles organisationnels). Ici, la démarche ne peut être qu'inverse : élaborer des protocoles organisationnels pour formaliser des liens partenariaux à ce jour inexistantes et, dans un second temps, aborder la question de la complémentarité des pratiques de soins.

¹ OQN : objectif quantifié national.

Encadré : Bref historique du réseau et principales étapes

Le réseau a débuté en 1999 sur le constat de l'importance des dysfonctionnements dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques ou de pathologies mentales avérées.

Les principales étapes du réseau peuvent être analysées selon plusieurs points de vue qui témoignent de son évolutivité.

- **Les membres adhérents du réseau** : l'implication des professionnels dans le réseau s'est faite par étapes : au départ, le réseau a essentiellement reposé sur le travail des médecins (généralistes – regroupés dans le cadre de l'association GYPSY – et spécialistes, les psychiatres libéraux étant regroupés dans l'association PSYLIB) ; les psychologues libéraux, les infirmiers et les psychologues des établissements de soins et, plus tardivement, les médecins spécialistes d'autres disciplines que psychiatrique, se sont impliqués dès la fin 2000. Les psychologues libéraux ont depuis créé une association spécifique APCY (Association des psychologues cliniciens des Yvelines), adhérente au GIP et l'association GYPSY s'est ouverte aux médecins non psychiatres. Au total, on compte 670 adhérents au réseau : 255 praticiens (psychiatres, psychologues et médecins généralistes dont 51 % de libéraux) et 415 infirmiers et travailleurs sociaux des établissements adhérents au réseau. 45 % de ces 670 personnes ont participé activement aux groupes de travail. La participation des libéraux dans ces groupes est particulièrement forte.
 - **Les partenaires du réseau** : les partenaires du réseau se sont diversifiés : acteurs du champ social, représentants de l'Éducation nationale, de la Justice, acteurs sanitaires intervenant sur une partie spécifique de la pathologie mentale – réseaux d'alcoologie, réseaux gérontologiques –, médecins généralistes, psychiatres libéraux ou psychologues libéraux non adhérents du réseau mais utilisant les « services » mis en place par le réseau. À la demande de plusieurs d'entre eux, un statut de membre associé a été prévu dans le cadre d'une modification de la convention constitutive. La participation de ces partenaires au réseau est réelle puisque 86 personnes différentes ont participé, ou participent, aux groupes de travail et actions mises en place.
 - **Les actions du réseau** : elles se sont progressivement diversifiées pour répondre aux besoins de populations spécifiques (création de la consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint, création d'une équipe de liaison, dispositif psychogériatrique, élaboration de procédures nouvelles pour l'application des obligations de soins et des mesures d'hospitalisation sous contrainte, dispositif de réponse aux patients présentant une comorbidité trouble psychiatrique et conduites addictives), pour spécifier la place de chaque professionnel dans les trajectoires de soins de ces populations et pour favoriser l'acquisition des compétences spécifiques à cette place.
 - **La forme juridique** : le réseau s'est d'abord constitué sous la forme d'une convention de coordination entre les membres fondateurs, signée en juin 1999, puis a pris la forme d'un groupement d'intérêt public (octobre 2001) dont une première modification a pris effet au printemps 2003.
-

La mise en commun de savoirs pour élaborer des actions d'amélioration de l'offre de soins

Dans cette mise en acte, l'essentiel repose sur une mise en commun des savoirs et donc sur un partenariat étroit entre les différents acteurs impliqués dans la trajectoire de santé mentale des personnes en incluant la prévention (qui relève non seulement des médecins généralistes ou de la politique de secteur mais également des psychologues de ville et des professionnels du champ social, de la justice et de l'Éducation nationale). Au total plus de 1 000 professionnels, adhérents et partenaires du réseau sont impliqués dans les actions du réseau. Ce partenariat doit prendre en compte l'état réel des ressources et la place respective des acteurs dans le paysage actuel.

Cette mise en commun des savoirs ne peut se faire que dans un cadre de confiance, que la démarche de recherche, pour évaluer la réalité de certains dysfonctionnements ou dresser un état des ressources réelles, contribue à établir. Dans le réseau, cette démarche est soutenue par un cadre méthodologique qui permet au débat de réunir l'ensemble des acteurs, de donner une cohérence aux différentes réflexions menées et de traduire ces travaux dans les actions mises en œuvre.

Concrètement, chaque question est débattue au sein de groupes de travail. Pour chaque thème¹, un groupe de travail réunissant des représentants de l'ensemble des professionnels concernés permet de repérer les difficultés rencontrées dans la trajectoire des patients. Celles-ci sont généralement présentées par une catégorie de professionnels et ne font pas d'emblée consensus. Des enquêtes sont le plus souvent nécessaires afin de mieux évaluer l'ampleur, les causes et les implications de ces dysfonctionnements. Ceci permet d'ajuster au mieux l'action proposée par le groupe pour améliorer l'offre de soins ou la santé en restant au plus près des besoins et des ressources réels. Enfin la confrontation de l'état actuel des connaissances et des savoirs implicites des différents acteurs permet que le dispositif innovant mis en place soit le plus pertinent en regard de l'ensemble des savoirs.

Ces actions sont ensuite présentées à un comité de pilotage du réseau, puis au conseil d'administration avant mise en œuvre.

¹ Parmi les thèmes abordés par le réseau on peut citer : « trajectoires de soins des déprimés », « parcours évolutif et thérapeutiques des schizophrènes », « interfaces sanitaire/social », « état des lieux », « psychogériatrie », « conduites addictives », « hébergement », « santé mentale et justice », « information – informatique », « recherche », « adolescents »...

Le suivi des actions mises en œuvre

L'accompagnement de l'ensemble des actions est effectué par une équipe de direction-coordination composée d'un directeur médical et d'un directeur médical adjoint, d'un directeur administratif et d'un responsable de la coordination. Cette équipe n'a pas de rôle de décision mais d'impulsion, d'information, de suivi de la cohérence globale des projets, du suivi de la mise en œuvre des actions et de leur évaluation. Le rôle décisionnel appartient de fait au comité de pilotage, composé de représentants des différents membres du réseau et au conseil d'administration.

Le réseau permet donc de proposer des projets soignants, dont la pertinence est reconnue par l'ensemble des acteurs. C'est sur ce fondement que la politique budgétaire du réseau tire sa légitimité. De ce point de vue, l'analyse des dépenses comme des recettes du réseau montre bien la spécificité de la pratique. Les dépenses concernent la rémunération des actions mises en œuvre mais également les temps de débats, de formation, de recherche sur les pratiques. Les recettes sont pour l'instant d'origines multiples, essentiellement sanitaires, mais elles émanent également de collectivités territoriales ou de mécènes. Certaines sont attribuées à des actions ou des professionnels particuliers et leur reconduction dépend des évaluations dont le réseau doit rendre compte, d'autres ont un caractère non affecté et leur reconduction repose sur des critères généraux d'activité du réseau.

Ces caractéristiques décrites très rapidement soulignent l'ampleur des modifications induites par les réseaux et la place nouvelle et effective des relations contractuelles avec les tutelles comme l'ensemble des financeurs, ainsi que le travail de définition de critères d'évaluation pertinents admis par l'ensemble des partenaires. Sur ces évolutions également, une démarche de recherche de nature plus sociologique et économique serait intéressante pour évaluer les changements induits dans les relations entre professionnels comme pour mieux définir les critères permettant d'évaluer la pertinence de l'organisation en réseau sur la qualité des soins et l'économie globale des actions.

■ Les actions : une synergie entre la recherche sur les pratiques et la mise en œuvre de dispositifs innovants

Différentes actions ont été mises en œuvre par le réseau pour répondre aux questions posées dans les groupes de travail. Nous présenterons ici une de ces actions – la consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint – pour exemplifier les liens étroits existant entre les objectifs de soins et les objectifs de recherche dans la conception et la mise en œuvre des actions. La

réponse dans le réseau n'est jamais unidimensionnelle mais réside dans la conjonction d'actions de formation, de recherches spécifiques et la mise en œuvre de nouvelles organisations ou collaborations. C'est la dynamique de ces trois dimensions qui donne la cohérence au changement et permet une évolution continue des actions mises en œuvre.

Les objectifs de la « consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint »

La « consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint », répond à la nécessité d'améliorer la prise en charge des patients relevant traditionnellement de la « psychiatrie » de ville (qui implique les médecins généralistes, les psychologues libéraux et les psychiatres libéraux) : personnes souffrant de troubles anxieux, de troubles de la personnalité, de troubles dépressifs, tous les patients à haut risque suicidaire et, en particulier pour la dépression, à risque de chronicisation.

Le constat initial est celui d'un accès aux soins spécialisé, limité et tardif : les médecins généralistes estiment que 23 % des patients qu'ils suivent auraient dû bénéficier d'une prise en charge plus précoce. Les psychiatres libéraux et publics estiment qu'il existe un retard dans l'intervention spécialisée pour la moitié des patients qu'ils rencontrent. Le recours au spécialiste se fait habituellement lorsque les possibilités de réponse du médecin généraliste sont dépassées et que les troubles sont aggravés.

Les raisons de cette situation sont multiples. Elles tiennent à la difficulté de la reconnaissance de ces troubles par les médecins (les patients présentent des tableaux protéiformes avec une composante somatique au premier plan, qui conduit au diagnostic psychique en dernier recours comme un diagnostic d'élimination) mais aussi par les patients (chez lesquels persiste la réticence à reconnaître l'origine psychologique de leurs troubles ou la crainte d'une prise en charge dans un circuit psychiatrique), ainsi qu'à la saturation de l'offre de soins spécialisés (94 % des psychiatres libéraux déclarent avoir des difficultés à assurer de nouvelles demandes et les secteurs de psychiatrie, ont, eux aussi, une capacité de réponse très inférieure aux demandes).

Par ailleurs, il n'existe pas de vraies pratiques collaboratives dans la prise en charge de ces patients. Le recours au spécialiste induit souvent une exclusion du médecin généraliste dans le suivi du patient pour ces troubles. Les médecins généralistes se plaignent que l'information qu'ils reçoivent ne soit pas adaptée à leur demande et ne leur permette pas, en particulier, d'assurer la continuité du suivi ou de prévenir les situations de rechute ou de crise. Leur demande ne concerne pas tant des données de diagnostic que des informations sur la façon de gérer la relation thérapeutique, les risques évolutifs potentiels et la nature de l'engagement du patient dans les soins.

Les conséquences de cette situation sont nombreuses et bien connues : utilisation croissante des services d'urgence, hospitalisations dont certaines

auraient pu être prévenues par une prise en charge plus précoce, aggravation des troubles avec le risque de la chronicisation et de ses conséquences sociales.

La mise en œuvre de ces consultations

Les objectifs qui ont présidé à la *création de centres* de « consultations d'avis spécialisés et de suivi conjoint » sont donc de permettre une intervention plus précoce des spécialistes pour faciliter la détection précoce de troubles rares ou à fort potentiel évolutif, pour permettre un suivi plus fréquent par le médecin généraliste et de formaliser les échanges d'informations pertinents entre les professionnels afin de rendre effectif le partenariat.

La mise en œuvre de cette action a induit tout d'abord la nécessité de préciser la place spécifique des différents professionnels aux différents temps de la prise en charge, et a permis de préciser ensuite les besoins de formation, notamment des médecins généralistes pour favoriser la prise en charge des troubles mentaux en médecine de ville en tenant compte de leurs conditions d'exercice. Un troisième temps a consisté à définir les critères d'évaluation de l'efficacité de cette pratique en regard de ces objectifs.

Ces consultations sont données sur rendez-vous, à la demande d'un médecin généraliste ou directement d'un patient (mais en impliquant d'emblée son médecin généraliste) et sont organisées autour de la mise en place de projets de soins partenariaux. Les principales évaluations ont montré à la fois la satisfaction des médecins généralistes et la possibilité de faire évoluer les pratiques ¹. On assiste en effet à :

- un nombre croissant de patients vus aux consultations d'avis spécialisé (plus de 1 000 patients sur dix-huit mois) ;
- une diminution des « adressages » pour suivi (13 % en 2002, 6 % en 2003) ;
- un « adressage » plus précoce par les médecins généralistes (passage de 56 % à 77 % de patients adressés par un généraliste dont l'ancienneté des troubles est inférieure ou égale à six mois) ;
- un développement du partenariat dans l'élaboration des projets de soins et dans la prise en charge du patient. Là où, à l'origine de cette action, 81 % des patients adressés par le médecin généraliste l'étaient pour un suivi exclusif par le spécialiste, on constate désormais que seuls 46 % des patients entrent dans ce type de réponse alors que 9 % d'entre eux vont bénéficier d'un suivi exclusif par le médecin généraliste après la consultation d'avis. 40 % des patients bénéficient d'un suivi conjoint, en majorité pour un suivi de crise, qui conduit souvent à un suivi ultérieur par le seul

¹ Les chiffres donnés ici sont issus du traitement des données des trois centres de consultations d'avis et de suivis conjoints actuellement ouverts dans le cadre du réseau.

médecin généraliste. 5 % de ces patients ont été reconnus comme ne nécessitant pas de suivi psychiatrique.

Une évaluation plus précise des parcours de soins de ces patients est en cours. Les réflexions menées par les professionnels sur les différentes situations rencontrées ont permis de montrer l'insuffisance de réponses aux besoins en psychothérapie et ce malgré la présence de psychologues sur la zone géographique concernée (qu'il s'agisse de psychothérapies individuelles, cognitivo-comportementales, familiales). L'accès aux soins est souvent impossible du fait de l'incapacité des patients à payer les consultations de psychologues qui ne sont pas remboursées alors que le service public, saturé, ne peut assurer l'ensemble des réponses. Dans ce cadre, une demande de « rémunération spécifique » pour un remboursement partiel de psychothérapies effectuées par des psychologues libéraux a été déposée dans le cadre de la dotation nationale de développement des réseaux. Les modalités de ce dispositif font l'objet d'un protocole organisationnel rigoureux.

Cette demande ouvre de nouvelles questions sur les critères à partir desquels sont définis les patients ayant besoin d'une telle prise en charge, sur leur capacité à payer une partie de la prestation, sur les modalités d'évaluation de la pertinence des choix de prise en charge. Ces choix seront effectués par une commission d'attribution qui réunira psychiatres, psychologues et médecins généralistes ayant pour fonction de décider quelles personnes pourront bénéficier, dans ce cadre expérimental, de cette prestation.

Ce projet comporte donc une dimension « recherche » importante : dès l'origine, le constat n'a été possible et accepté par tous que sur la base d'études sur les trajectoires des patients mais également sur la réalité de la pratique des professionnels et leurs difficultés. Les solutions mises en œuvre sont soutenues par d'autres recherches sur les pratiques professionnelles et sur l'évaluation des trajectoires des patients.

■ Mise en œuvre des recherches dans le cadre du RPSM 78

La présentation de l'action « consultation d'avis et de suivis conjoints » a permis de montrer l'intrication, dans le développement de ce dispositif, d'une démarche de recherche et d'une démarche d'innovation en matière d'offres de soins. Nous en préciserons les termes.

L'importance des enquêtes dans la réflexion des groupes de travail

Le relevé des besoins et des ressources réels du territoire de santé du réseau est un élément essentiel d'ajustement des réponses aux besoins.

La plupart des groupes de travail ont dû, pour configurer leur réponse, à un moment donné de l'évolution du groupe, réaliser une évaluation des besoins ou des ressources.

Le groupe « état des lieux » a été à l'origine d'une enquête initiale sur l'activité et la satisfaction des médecins (généralistes et psychiatres libéraux et institutionnels) menée dans le réseau.

Cette enquête a été essentielle à plusieurs titres. Elle a permis de :

- faire connaître l'activité objective des différents professionnels adhérents du réseau ;
- recenser, de manière chiffrée, les difficultés rencontrées par ces professionnels dans les trajectoires de soins des patients qu'ils avaient en charge ;
- analyser les raisons de ces difficultés, afin d'élaborer des réponses pour améliorer l'accès au professionnel le plus adapté ;
- approcher les raisons du « nomadisme » des patients dans le système de soins ;
- s'appuyer sur les causes d'insatisfaction des différents professionnels pour permettre le développement d'un partenariat adapté à leurs demandes.

Le taux de réponse (important) et la nature des réponses ont permis des constats essentiels qui ont orienté le développement des actions dans le réseau. Le taux de réponse élevé traduit aussi l'implication des professionnels dans ces démarches qui reposent sur des protocoles élaborés avec eux et dont l'objet est directement au service de leur pratique. La capacité qu'a le réseau de rémunérer les professionnels pour leur participation aux enquêtes est essentielle. Il s'agit là d'une reconnaissance de la nécessité de demander leur avis aux professionnels pour engager des évolutions dans l'offre de soins et d'une garantie mutuelle que les actions proposées seront en adéquation avec les besoins réels et la capacité des professionnels d'y répondre.

Parallèlement, une enquête était menée en collaboration avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) sur les premières prescriptions d'antidépresseurs et les trajectoires de soins de ces patients. Les principaux résultats ont confirmé certains dysfonctionnements repérés par les groupes de travail comme par la meilleure connaissance de l'activité des professionnels.

D'autres enquêtes ont, par ailleurs, été menées dans le réseau, pour répondre aux différentes thématiques ouvertes par les groupes de travail : interview sur les pratiques des psychologues libéraux, enquête sur les besoins en matière de conduites addictives, de psychogériatrie et de mesure de justice, enquête sur les besoins d'hébergement des patients, enquête sur les ressources disponibles pour l'hébergement des patients.

Ces enquêtes, à visée directement opérationnelle, doivent être distinguées des recherches épidémiologiques menées dans le cadre du réseau, dans une perspective de santé publique et imposant un cadre méthodologique d'une tout autre nature. Ce second type d'enquêtes est cependant utile pour évaluer de façon plus globale l'impact du réseau.

Les enquêtes en population générale

Ces recherches épidémiologiques visent à évaluer l'impact du réseau ou de ces actions : évaluation des besoins réels et de l'ajustement de l'offre à ce besoin, évaluation de la satisfaction des usagers, évaluation de l'impact de la consultation d'avis et de suivi conjoint sur le devenir des patients...

Deux enquêtes ont été ou sont conduites par le réseau :

- la première, dont l'objet est plus général, est menée sous forme d'interviews à dix-huit mois d'intervalle d'une cohorte populationnelle des Yvelines Sud et d'un échantillon comparatif dans le département de l'Essonne. Elle permet de comparer la prévalence des troubles psychiatriques, l'adéquation de l'offre de soins aux besoins, la satisfaction des usagers et, au final, d'approcher la réalité et la pertinence d'une démarche en réseau ;
- une deuxième enquête est menée de façon plus spécifique sur le suivi et la satisfaction des usagers pris en charge dans le cadre de la consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint, comparée à la satisfaction évaluée dans une cohorte de patients comparables en termes psychopathologiques suivis dans l'Essonne

Une réflexion sur les pratiques de soins en santé mentale : le réseau comme cadre de choix pour une évaluation des pratiques

Les pratiques de soins reposent sur la validité des données issues de la littérature et donc de la fiabilité du support qu'elles représentent pour en extraire des recommandations de prise en charge.

En psychiatrie, l'accumulation des savoirs pratiques s'est faite de manière cloisonnée.

Si cette discipline peut se prévaloir d'un nombre impressionnant de leviers thérapeutiques ayant fait la preuve de leur efficacité, elle n'a pas, à ce jour, de modèle validé susceptible de guider le choix de l'un ou l'autre de ces leviers en fonction des différents moments évolutifs traversés par le patient.

Le réseau, par l'espace d'échanges et de dialogues qu'il autorise entre des professionnels d'obédiences différentes, et par le cadre « partenarial » de suivi des patients qu'il met en place, constitue le dispositif le plus adapté pour évaluer les pratiques de soins.

Différents moyens de faire avancer cette réflexion sont utilisés dans le réseau, qu'il s'agisse de rencontres organisées sur un thème (les « Actes du réseau ») ou de mise en œuvre de certaines actions (rémunérations spécifiques).

Les « Actes du réseau » représentent une institutionnalisation de cet espace de débat nécessaire pour penser la complémentarité des pratiques et les

conditions de leur validation. Leur création reflète la demande des professionnels de pouvoir réfléchir, parallèlement aux actions mises en place, sur leur pratique professionnelle. Le réseau déplace en effet les professionnels dans leur pratique habituelle. Cette dynamique, pour positive qu'elle soit, peut cependant avoir, à terme, des conséquences non anticipées sur les modes de prise en charge des patients et le positionnement des professionnels. C'est pourquoi il est important d'organiser des temps pour penser ces évolutions dans une perspective de plus long terme qui ne se limite pas au souci de répondre à des dysfonctionnements repérés. Les « Actes du réseau » se déroulent sur un week-end. Ils réunissent tous les métiers concernés par les activités du réseau. Un rapport inaugural permet de poser les termes de la problématique retenue. Des ateliers, animés par des professionnels ayant réalisé une revue critique de la littérature sur le thème de ces journées, permettent une discussion en petits groupes. Un rapporteur de chaque atelier présente en séances plénières les conclusions de ces discussions.

Ces journées donnent l'occasion aux professionnels de réfléchir sur leurs pratiques de soins et de concevoir des recherches cliniques pertinentes à mener, compte tenu de l'état des connaissances. Le premier thème retenu est ainsi : « Une complémentarité des pratiques est-elle possible ? ».

Des modalités de mise en œuvre d'offres de soins innovantes propices à des recherches sur les pratiques

Les conditions d'encadrement de la demande, faite par le réseau, de « rémunérations spécifiques » pour les psychologues libéraux en vue de faire bénéficier d'un remboursement les psychothérapies réalisées en ville est un exemple de la perspective d'évaluation des pratiques ouvertes par le réseau.

Il s'agit, rappelons-le, de permettre que des patients vus en consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint, puissent bénéficier de psychothérapies effectuées par des psychologues libéraux et qui soient, au moins partiellement, remboursées.

Pour cela il est indispensable :

- de définir des critères plus précis sur le type de patients qui nécessitent un tel type de prise en charge, sur la capacité de ces patients à payer une partie de la prestation et, dans ce cadre, de travailler sur la signification de la participation financière des patients à leur psychothérapie ;
- de réfléchir aux critères pertinents pour élaborer le projet de soins par un partage des savoirs spécifiques de professionnels d'obédiences différentes. En particulier de pouvoir établir des critères plus objectifs d'indication et de faisabilité d'un traitement psychologique et de son type (cognitivo-comportementale, psychanalyse, systémique...) ;
- de définir des modalités d'évaluation de la pertinence des choix de prise en charge. Ceci est effectué, d'une part, dans le cadre d'une commission

d'attribution de la prestation et d'évaluation du dispositif et, d'autre part, par le suivi de cohortes de patients permettant d'analyser les trajectoires de soins des patients ;

– d'évaluer le devenir clinique des patients ayant bénéficié d'une telle réflexion entre professionnels.

Ce projet comporte donc une dimension « recherche » importante portant, notamment, sur l'intégration des psychologues libéraux dans une démarche de soin reconnue, sujet qui est souvent abordé mais pour lequel il existe très peu de travaux susceptibles d'alimenter la discussion d'un point de vue clinique.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet par le réseau, une évaluation du projet de soins est prévue à intervalles réguliers. Elle sera réalisée en collaboration avec la consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint à trois mois, six mois et un an. Certains indicateurs ont d'ores et déjà été définis : adhésion des patients à la prise en charge (nombre de prises en charge interrompues, nombre de consultations non honorées), parcours du patient (recours aux urgences dans ce parcours, nombre d'hospitalisations, nature de la prise en charge, notamment prescription conjointe de médicaments, nombre et nature des professionnels impliqués dans le suivi et l'explicitation des rôles respectifs de chacun...).

D'autres indicateurs de suivis seront élaborés par la commission *ad hoc* de façon spécifique en sus de l'évaluation du parcours du patient qui est déjà prévue dans l'analyse de l'activité de la consultation d'avis et de suivi conjoint.

L'analyse des incidences sur le plan économique de ce type de prise en charge constitue un espace de recherche en soi. Elle est difficile dans la mesure où les objectifs sont à la fois des objectifs de prévention, de meilleur accès aux soins spécialisés et d'évolution des modes actuels de prise en charge sur un terme plus long.

Plusieurs angles d'étude peuvent être choisis, qui cibleront la diminution des coûts induits par des prises en charge chroniques (hospitalisation) ou la répétition de crises induisant un recours aux services d'urgence qui aurait pu être évité si la réponse thérapeutique avait existé de façon adaptée et suffisamment précoce, ou encore qui compareront différents parcours de patients.

À court terme, un objectif de connaissance des coûts réels de ce type de prise en charge est poursuivi. En effet, dans le cadre expérimental de cette démarche et étant donné sa dimension de « recherche » sur la définition de critères de choix des patients relevant de ce type de prise en charge, le budget demandé envisage des conditions de fonctionnement maximales : deux séances de psychothérapie par semaine, sur la base d'une prise en charge effective de neuf mois par an. Il est fort possible que le rythme soit globalement inférieur ou supérieur pour certains patients. Ce n'est que la mise en place de l'action qui permettra d'évaluer le coût réel de l'action, au bout de trois ans.

■ Conclusion

L'exemple du réseau de promotion pour la santé mentale dans le sud Yvelines démontre l'intrication des démarches de recherche et d'organisation de l'offre de soins. Bien que le cadre de cet article ne permette pas une présentation des données des différentes études effectuées, il faut souligner l'importance des taux de réponse, à chaque fois que les professionnels ont été sollicités. Les principales études dont les résultats sont validés ont fait l'objet de publications.

Plusieurs objectifs sont poursuivis dans une telle coordination de professionnels du soin qui peuvent se résumer à la recherche des réponses les plus pertinentes, en l'état actuel des connaissances en psychiatrie et de l'offre de soins, à trois questions :

– **que doit-on faire** face à tel ou tel patient, à tel ou tel moment de son évolution ? Les réponses à cette question n'existent pas à ce jour, du fait de l'absence de modèle psychiatrique unifié. Seul un tel modèle permettrait de guider les décisions thérapeutiques dans une approche globale du patient. Ce modèle impose une évaluation comparative des cibles et de l'efficacité des différents « leviers thérapeutiques » disponibles en psychiatrie en fonction de situations cliniques correctement définies. Le réseau constitue, par la possible confrontation de professionnels d'obédiences différentes sur des situations cliniques réelles, l'espace de recherche sur les pratiques et d'évaluation des critères de décision les plus adaptés. En cela, le réseau est bien une proposition de refonder localement l'organisation des soins psychiatriques, à partir de l'analyse des pratiques de terrain, sur la base d'une conception renouvelée et partagée de la clinique psychiatrique ;

– **qui peut le faire** ? Cette question renvoie à la nécessité de déterminer qui fait quoi, pour quel type de patients et pour quelles raisons tel professionnel va intervenir à tel moment plutôt qu'un autre ou en duo avec un autre. Les réponses à cette question doivent s'appuyer sur une bonne connaissance des compétences des différents métiers, et des contraintes inhérentes à leur exercice spécifique. Elles sont un prérequis nécessaire pour fixer des objectifs pertinents aux formations continues c'est-à-dire en rapport réel avec des pratiques et des exercices préalablement spécifiés ;

– **pour quel objectif de santé** ? Cette question s'impose pour tout réseau. Le réseau pour la promotion de la santé mentale dans le sud Yvelines s'est posé un objectif de santé publique, convaincu de la nécessité de penser de manière liée la prévention, le soin et la réinsertion, et d'envisager la santé dans la perspective définie par l'OMS. La psychiatrie, par l'influence démontrée des facteurs psycho-environnementaux dans l'évolution des troubles, plus que tout autre discipline, se doit de prendre en compte, dans un projet de santé global, aussi bien les facteurs sociaux que biologiques et de personnalité que de réponses aux traitements médicamenteux. Les enquêtes menées au sein du réseau, dans une telle perspective de santé publique, permettent en outre d'ajuster au mieux l'offre de soins aux

besoins réels et aux comportements de la population face à la santé mentale. Enfin, le réseau en lui-même, en tant que nouvelle organisation de l'offre de soins, constitue un objet de recherche notamment sociologique mais également de santé publique, par les effets qu'il peut induire sur la santé mentale des personnes, sur les relations entre les métiers de la santé et sur d'éventuels comportements nouveaux de la population. Tous ces champs nécessiteraient d'être évalués.

Le réseau montre, enfin, comment la démarche de recherche peut trouver sa place dans la démarche quotidienne des acteurs et peut devenir un élément de confiance entre les professionnels du soin et ceux de l'organisation et du financement des soins.

Ce travail prend en effet tout son sens par l'analyse des modifications apportées dans l'organisation de l'offre de soins et le positionnement des acteurs, qui permettent une nouvelle mise en perspective des notions d'activité, de qualité et de coût.

Références bibliographiques

- BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, 2001, NRF Essais Gallimard.
- GUIMON J., *La profession de psychiatre*, Masson, Paris, 1998.
- HARDY-BAYLE M.-C. et BRONNEC C., « Le fonctionnement en réseau : une nouvelle logique d'organisation des soins en santé mentale », *La revue du CNEH*, n° 37, juillet 1999 : 68-71.
- HARDY-BAYLE M.-C., BRONNEC C., « Un réseau de santé mentale », dans *La santé en réseau*, Masson, 2001, p. 86-92.
- HARDY-BAYLE M.-C., BRONNEC C., « Le fonctionnement en réseau : une nouvelle logique d'organisation des soins en santé mentale », dans *Psychiatrie et Travail social*, 2001, p. 110-116.
- HARDY-BAYLE M.-C., « Les partenariats professionnels : activité libérale et secteur de psychiatrie », *Santé de l'Homme*, INPES ed., mai-juin 2002, n° 359, p. 35-38.
- HARDY-BAYLE M.-C., BRONNEC C., *Jusqu'où la psychiatrie peut-elle soigner ?*, Odile Jacob, 2003.
- HOUVER J., « Les réseaux de soins en psychiatrie aujourd'hui », *Pluriels*, la lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale, n° 17, avril 1999.
- KOVES V., « Les données épidémiologiques et leurs applications en planification », dans *Psychiatrie années 2000. Organisation, évaluations, accréditation*, V. Kovess, A. Lopez, J.-C. Pénochet et M. Reynaud, Flammarion, 1999 : 56-73.
- La lettre du Réseau de promotion santé mentale Yvelines Sud*, rapport de l'enquête 2000, n° 4, avril 2003.
- LAVAL C. et HOUVER J., « Psychiatrie et réseaux de soins », *Act Méd Int Psychiatrie*, (15), n° 213, octobre 1998 : 3834-3836.
- LOPEZ A., « La planification en psychiatrie », dans *Psychiatrie années 2000. Organisation, évaluations, accréditation*, V. Kovess, A. Lopez, J.-C. Pénochet et M. Reynaud, Flammarion, 1999 : 41-50.
- MASSE G., *La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale*, ENSP ed., 1993.
- REYNAUD M., GALLOT A.-M., LEFEVRE L., « La politique de santé mentale en France », dans *Psychiatrie années 2000. Organisation, évaluations, accréditation*, V. Kovess, A. Lopez, J.-C. Pénochet et M. Reynaud, Flammarion, 1999, p. 3-23.