

LES RÉSEAUX EN STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Dr Patrick Jammet, service de Chirurgie maxillo-faciale, hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier

Le réseau de Santé est un moyen de favoriser une prise en charge globale du patient mais aussi d'expérimenter de nouvelles formes de coopération entre professionnels et d'améliorer la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. C'est un apport nouveau à la mise en œuvre de la politique régionale de Santé.

Dans le Languedoc-Roussillon, l'enveloppe régionale dédiée aux réseaux de santé n'a cessé de croître. D'un montant initial de 0,9 million d'euros, elle a atteint 4,8 millions d'euros en 2005.

DÉFINITION

La loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner définit le réseau de santé comme étant « une forme organisée d'actions collectives centrées sur le patient, de professionnels volontaires, rémunérés spécifiquement ou non à ce titre, dédiée à la poursuite d'objectifs formalisés, répondant à un besoin de santé sur un territoire donné pour une période donnée, transversale aux institutions et évaluée périodiquement. »

Nous pouvons donc définir le réseau comme étant une organisation autour d'un outil qu'est le dossier médical (dossier patient) et d'une dynamique de professionnels dans une trajectoire commune: celle du patient.

LE CADRE JURIDIQUE DE PROMOTION ET DE FINANCEMENT

La difficulté de constitution et de mise en marche des réseaux de santé n'est pas étrangère à l'existence des deux systèmes actuels de promotion qui agissent parfois en concurrence :

- les réseaux expérimentaux de l'Assurance-maladie;
- les réseaux de soins de la réforme d'hospitalisation.

Les réseaux expérimentaux de l'assurance-maladie

Ces réseaux sont avant tout destinés à permettre la prise en charge des pathologies lourdes et chroniques. Liés par convention, les professionnels libéraux agissant en réseau peuvent bénéficier des tarifs exceptionnels, dérogatoires au tarif commun, pour couvrir leur activité de travail.

Le financement de ces réseaux est assuré désormais pour l'essentiel par le Fonds d'aide à la qualité des soins de vie (FAQSV). Leur gestion est confiée aux Unions régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM). Le décret du 12 novembre 1999 prévoit que les principaux bénéficiaires de ces fonds sont les professionnels libéraux.

Les réseaux de soins de la réforme d'hospitalisation

À la différence des précédents, ces réseaux de soins ont une vocation plus large, couvrant l'ensemble des pathologies. Impliquant nécessairement la présence d'un hôpital, ils peuvent être destinés à couvrir des besoins de santé d'une population (exemple : les personnes âgées, ou les pathologies particulières). Leur formalisation minimale est celle d'une convention constitutive. Ils sont agréés par l'Agence régionale de l'hospitalisation et accrédités par la HAS dans un délai maximum de 5 ans après leur mise en place.

L'Union régionale des médecins libéraux (URML) a un rôle souvent méconnu facilitateur dans la création des réseaux. L'URML s'occupe en effet de la constitution du réseau en association « loi de 1901 », de la recherche des financements par le FAQSV pour la logistique, mais également pour la rémunération des professionnels impliqués. L'URML se charge également du secrétariat, du conseil informatique et enfin, de la présence d'un médecin de santé publique en particulier pour le dossier CNIL (Commission informatique et liberté) et les autres problèmes juridiques.

Au total, 22 réseaux de santé sont aujourd'hui financés en Languedoc-Roussillon. L'ensemble des départements de la région dispose d'au moins un réseau, quelle que soit la priorité de santé. Parmi les 7 des 11 priorités régionales, ces réseaux concernent : le diabète, les personnes âgées, la cancérologie, la périnatalité, les soins palliatifs, la permanence des soins, les adolescents difficiles.

L'ORGANISATION DES RÉSEAUX

Les réseaux de santé prennent aujourd'hui plusieurs formes possibles selon leur degré d'ambition et de maturité. Il s'agit, a minima, d'organisations informelles fondées sur une charte définissant les objectifs poursuivis, les moyens d'action, leur mise en œuvre et le dispositif d'évaluation.

Il peut s'agir, a maxima, de personnes morales (associations, GIE (Groupement d'intérêt économique), GIP (Groupement d'intérêt professionnel) ...) poursuivant en propre et par délégation de leurs membres, des objectifs pour lesquels des financements pérennes sont mobilisés. Les membres peuvent émaner de secteurs variés : sanitaires, sociaux...

Dans ce cas, le réseau utilise en partie des moyens humains placés sous son autorité, bénéficie de solutions dérogatoires de financements tarifaires d'activité, aujourd'hui hors NGAP.

Association loi de 1901 (exemple : revediab (diabète), onco-lr (cancérologie Languedoc-Roussillon)), GIP (exemple : oncora (cancérologie Rhône-Alpes)).

CE QUE LES RÉSEAUX NE SONT PAS...

Les réseaux de santé ne se réduisent ni à l'existence d'un groupe de professionnels liés par des relations confraternelles, ni à la télé-médecine. Les réseaux de santé constituent des formes organisées dont la mise en œuvre est laborieuse. Les contraintes de création et de fonctionnement vont à l'encontre des pratiques habituelles. Ceci explique sans doute l'écart important qui existe entre les initiatives recensées et les réseaux véritablement opérationnels.

Deux séries de difficultés sont également à l'origine de bien des retards :

- l'absence de véritable incitation financière pour les acteurs ;
- la charge d'administration et d'animation des réseaux, souvent sous-estimée.

Les enjeux des réseaux de Santé

Les réseaux de Santé doivent en théorie permettre :

- d'appliquer la réglementation. Celle-ci évolue en permanence dans les domaines les plus divers tels que SIDA, hépatites, urgences, périnatalité, diabète... ;
- d'améliorer la qualité des prises en charge des patients ;
- de mobiliser de nouveaux partenaires pour une prise en charge globale. Les constats de défauts de coordination des professionnels requis pour améliorer la santé des patients sont nombreux. Une meilleure coordination doit être mise en place entre les professionnels de soins : médecins, chirurgiens-dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, libéraux et publics, les professionnels sociaux, éducatifs. L'objectif est de garantir pour les patients un meilleur repérage des équipes qui peuvent les aider, une coordination véritable des interventions des métiers professionnels mobilisés ;
- diminuer les coûts des prises en charge.

In fine, la réduction des coûts liés à la non-qualité doit être recherchée. Ainsi à titre d'exemple, un retard de sortie de patient lié, dans certains cas, à une mauvaise anticipation du relais pris par une équipe d'aval, correspond à un coût indu. La correction de ce dysfonctionnement doit se traduire par une réduction des coûts de maintien du plateau technique grâce à un redimensionnement à la baisse. Ceci peut également concerner les prises en charge dans le cadre d'hospitalisations de jour.

Exemples de réseaux de Santé en Languedoc-Roussillon

En périnatalité, le réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » a permis d'obtenir des bons résultats sur le taux de mortalité périnatal particulièrement élevé dans cette région.

Les 4 missions spécifiques de ce réseau sont :

- **mission 1** : l'élaboration, l'actualisation et la diffusion des référentiels de soins en analgésie, anesthésie obstétricale, obstétrique normale et à risque, l'échographie périnatale, la formation médicale, la psychologie périnatale, le suivi des grossesses à bas risque, l'addiction et la grossesse.
- **mission 2** : l'information médicale pour tous les professionnels de périnatalité

- **mission 3** : la mise en place d'un dossier périnatal commun informatisé: projet régional majeur qui permettra de disposer d'un outil gratuit, consultable par tous, via Internet, compatible avec les dossiers « établissements » et ceux de la plupart des médecins libéraux.
- **mission 4** : création d'un comité de professionnels pour l'analyse rétrospective de dossiers de mortalité périnatale afin d'éviter les accidents futurs et d'améliorer les pratiques. Ce réseau a fait l'objet d'une dotation financière qui reflète les coûts des tutelles face aux difficultés périnatales rencontrées dans notre département. Elle a permis non seulement d'indemniser les praticiens libéraux (élaboration de référentiels, formation et utilisation de dossier périnatal) mais également d'avoir une existence « physique » par l'attribution de locaux, secrétaires et coordinateurs. Le même dossier périnatal a été adopté par 22 maternités publiques et privées.

CONCLUSION

La collaboration des stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux avec les chirurgiens dentistes et/ou orthodontistes, les chirurgiens plasticiens, les oto-rhino-laryngologistes, les kinésithérapeutes, les oncologues, les dermatologues... favoriserait la création de réseaux de santé dans le cadre de notre spécialité.

Tel ne semble pas être le cas actuellement. « Lourdeur administrative » et financement sont peut-être à l'origine de cette absence.

Néanmoins, on peut penser que l'application stricte de la tarification d'activité risque de modifier fortement la prise en charge des patients en particulier en oncologie, et nécessitera peut-être soit une participation plus active des acteurs de notre spécialité aux réseaux déjà mis en place, voire la création de réseaux spécifiques à celle-ci.