

# La politique des réseaux en France, au carrefour de logiques multiples et contradictoires: exemple d'un réseau de prise en charge de l'insuffisance cardiaque

Atelier de l'ALASS – Réseau, filières et coordination  
des soins – 16 et 17 mai 2008 - Lausanne

Yann Bourgueil

## L'émergence progressive d'une politique des réseaux de soins/santé entre innovation/expérimentations et dispositifs de soins

- Répondre aux problèmes ( années 80 : SIDA, Toxicomanie, palliatifs...)
- Expérimenter de nouvelles formes de rémunération (1995 Soubie)
- Réseaux de santé (circulaire en 2002 plus DNDR)
- Référentiel réseau personnes âgées (mai 2007), Cahier des charges réseau périnatalité (mars 2006)
- Vers un fond unique FIQS entre DNDR et FAQSV

# Evolution des fonds DNDR et FAQSV alloués depuis 2002

Année	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Total DNDR M€</b>	22,86	45,86	125	165	170
<b>Total FAQSV M€</b>	106,72	106	106	106	106
<b>ONDAM voté Mds €</b>	112,79	123,5	129,7	134,5	140,7
<b>%DNDR +FAQSV ONDAM</b>	0,11	0,12	0,18	0,20	0,20

## Les réseaux : changement de rôles ou/et changement d'interfaces entre organisations ? Une évaluation parcellaire de la "politique" des réseaux

- Evaluation FAQSV 2005 (Euréval)
  - permanence des soins, pratiques professionnelles et coordination
  - Problèmes de gestion : Instruction et attribution budgétaire lourde et complexe, Manque de communication, Pas de discours clair sur la pérennisation
  - Reco sur l'organisation du programme : montage, déploiement des projets
  
- Rapport IGAS février 2006
  - Articulation insuffisante (nationale et régionale)
  - entre outils (FAQSV, DNDR, Formell, FNPEIS...) du fait des décideurs
  - entre plans (cancer et périnatal) et DNDR
  - ONRS en 2004 (dispositif lourd, travaux insuffisants et inachevés)
  - Un bilan globalement décevant et des résultats limités
  - Services rendus, innovation de l'offre de soins, outils de politique, peu de personnes impliquées
  - Rien sur les changements de rôles

# Premières conclusions des évaluations réseaux

- Un problème de coopération des institutions et des acteurs politiques
  - Doctrine, pilotage, animation, communication, financement
- La gestion par projets : un savoir faire à acquérir
- En termes de rôles :
  - La reconnaissance de pratiques en ambulatoire (podologues, psy, diét)
  - L'éducation thérapeutique : une pratique à financer en ambulatoire (qui et combien ?)
  - Rémunérer le temps d'échange et de coordination entre professionnels
  - Rémunérer le médecin le plus souvent pour l'évaluation initiale et de suivi...
- Diversification plutôt que substitution

# Exemple de l'évaluation du réseau de prise en charge des insuffisants cardiaques RESICARD (2005)

Pour l'IRDES N. Belorgey, Y. Bourgueil, O. Desfosses, P. Lengagne, T. Renaud

Pour Resicard Assyag P, Cohen A, Bundalo A

avec la collaboration antérieure d'A. Doussin et M. Grignon

avec la participation de L. Auvray et P. Dourgnon

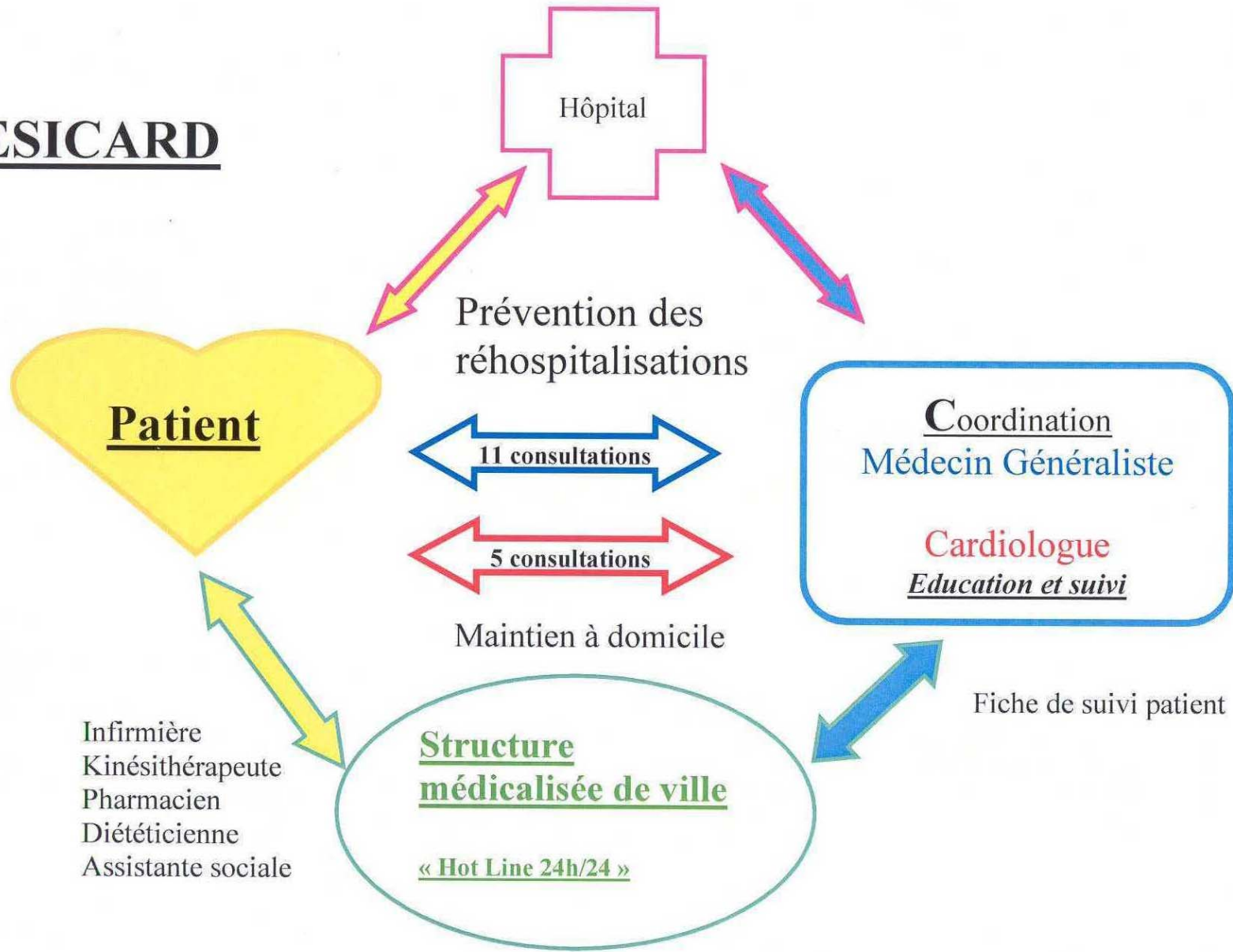
# Origine et objectifs de résicard

- Une initiative portée par deux cardiologues (un libéral et un hospitalier CHU)
- Améliorer la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques en augmentant leur autonomie (prévention secondaire) et en intensifiant leur suivi (poids, poussées IC)
- Ce qui se traduit par une meilleure observance (régime, traitements) et la maîtrise des hospitalisations (notamment urgentes)

## Résicard c'est :

- Un dispositif (structure médicale de ville, référentiel IC, carnet de suivi, 4 hôpitaux, des critères et procédures d'inclusion, un protocole d'éducation du patient, des procédures de suivi et d'indemnisation des MG et MC, des formations, un dispositif de pilotage)
- Un financement par le FAQSV (380 K € / an) de 2001 à fin 2006 (SMV, réunions, consultations).
- Une évaluation par l'IRDES

**RESICARD**



# L'évaluation de Résicard

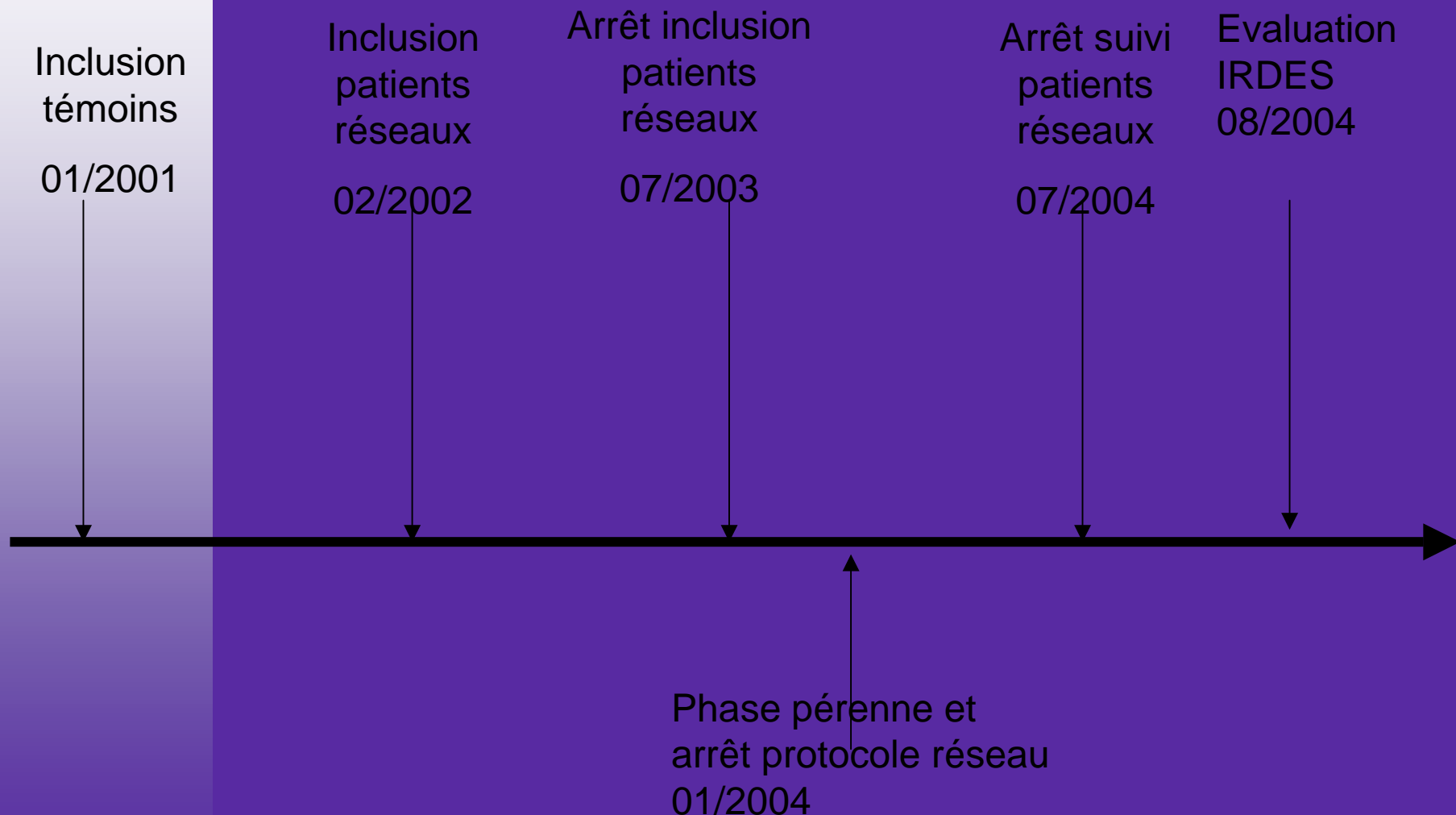
## Objectif

- Mesurer l'impact du réseau sur le degré de réussite de la prévention secondaire des patients adhérents
- Déterminer les moyens organisationnels qui expliquent cette réussite
- Décrire l'impact du réseau sur l'organisation des soins aux IC

## Un protocole initial adapté

- Avant/après (phase témoins, puis phase réseau puis phase pérenne)
- Un critère de résultat principal (durée entre inclusion et hospitalisation – évènement majeur)
- Des indicateurs de processus (appels entrants/sortants SMV)
- Une mesure de la satisfaction des patients (questionnaire puis entretiens)
- Un relevé des coûts (abandonné)
- Entretiens téléphoniques médecins

# Résicard dans le temps



## Les populations Réseau et Témoin

Dans les deux groupes: population d'insuffisants cardiaques assez âgée (73 ans de moyenne), plutôt gravement atteinte (54% en NYHA=4) et souvent polypathologique

Différences entre les groupes Réseau (N=218) et Témoin (N=211) :

- **Le type de cardiopathie** : plus de cardiopathies ischémiques et moins de cardiomyopathies dilatées chez les patients Réseau (test du Khi<sup>2</sup> : p=0,02)  
→ cardiopathies plus graves chez les patients Réseau
- **Le stade NYHA de sortie** : stades NYHA plus faibles chez les patients Réseau que chez les Témoins (test du Khi<sup>2</sup> : p=0,0001)  
→ patients Réseau ont beaucoup mieux récupéré à leur sortie d'hospitalisation initiale
- Patients Réseau beaucoup plus traités par bêtabloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou par associations « diurétiques + IEC » (test du Khi<sup>2</sup> : p=0,001)

## Critère de jugement principal du Réseau

**Événement majeur (EvM)** : ré-hospitalisation ou décès pour cause cardiaque

**Critère d'analyse** : durée entre l'inclusion dans le groupe et la survenue d'un événement majeur

Suivi des patients durant 1 an : perdus de vue et EvM non réalisés

→ **durées censurées**

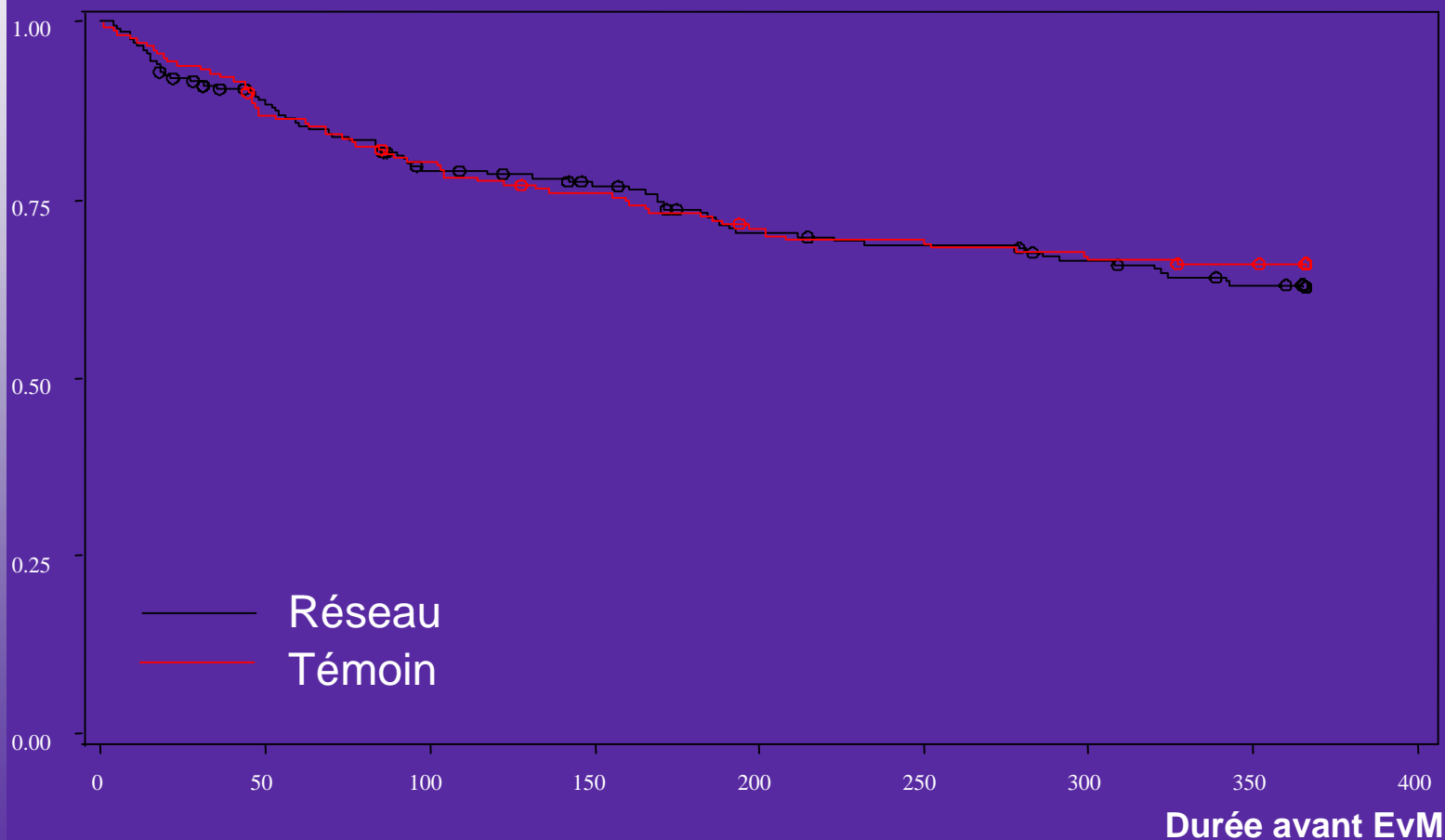
- Réseau (N=201) : 35% d'EvM réalisés et 65% de durées censurées
- Témoin (N=186) : 33% d'EvM réalisés et 67% de durées censurées

Analyse des durées avant réalisation d'un EvM :

- **Bivariée** : courbes de Kaplan-Meier + tests de Wilcoxon et du log-rank.
- **Multivariée** (pour tenir compte des biais d'inclusion cliniques et médicamenteux) : modèle sur durées censurées

# Aucune différence entre phases Témoin et Réseau

Pas d'effet global de Résicard (en phase expérimentale) sur l'amélioration de la morbi/mortalité des patients insuffisants cardiaques

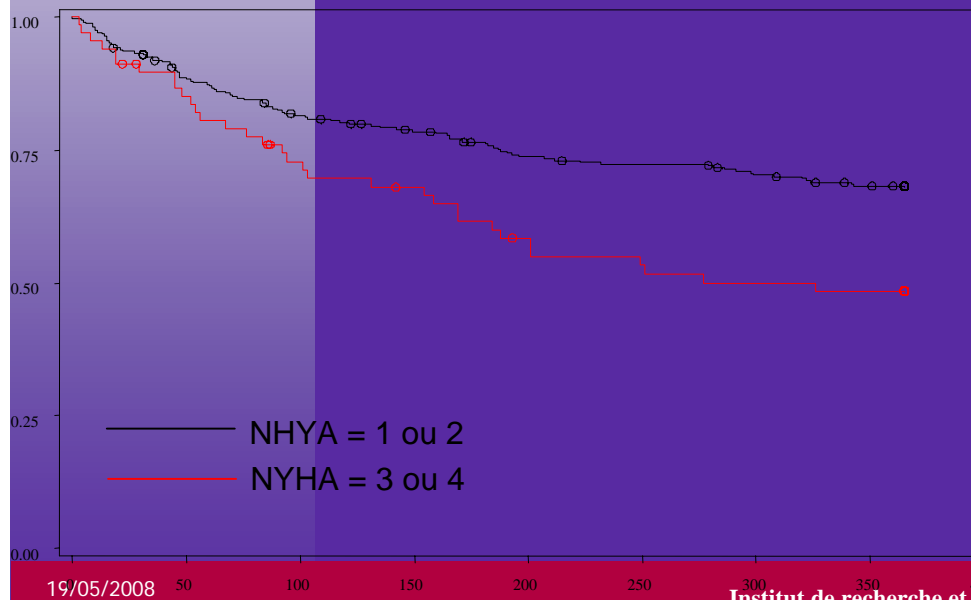


# La gravité du patient fortement associée aux EvM

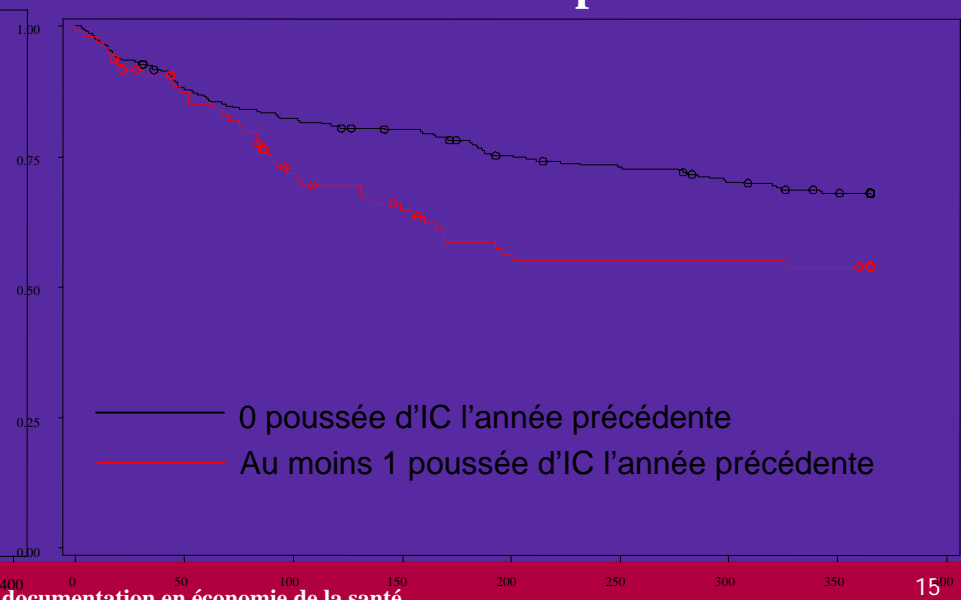
Les seules caractéristiques discriminantes sont les principaux marqueurs cliniques de gravité :

- **Classification NYHA** : Stade NYHA = 3 ou 4 → plus de réalisation d'EvM et plus précocement
- **Type de cardiopathie** : cardiopathie ischémique → plus d'EvM plus précocement que la cardiomyopathie dilatée
- **Poussées d'Insuffisance Cardiaque (IC)** l'année précédant l'inclusion

Selon le stade NYHA



Selon l'existence de poussées d'IC



# Analyse multivariée des durées avant EvM cardiaque

Modèle sur durées censurées : modèle de Cox

Seules les **caractéristiques cliniques** sont significativement associées aux durées avant EvM :

- **La valeur du NYHA** : les patients avec des NYHA = 1 ou = 2 en sortie d'hospitalisation initiale ont des durées plus longues avant EvM, en particulier lorsque le delta (NYHA) entre l'entrée et la sortie de l'hospitalisation initiale est important
- **Le type et le nombre de cardiopathies** : les patients ayant plus d'un type de cardiopathie ont plus vite un EvM cardiaque ; la cardiopathie ischémique entraîne les EvM les plus précoces et la cardiomyopathie dilatée les EvM les plus tardifs.

Pas d'effet significatif des traitements médicamenteux (bétabloquants, association « diurétiques + IEC »)

Aucun « effet Réseau » à caractéristiques cliniques et de traitement égales

## L'activité de la Structure Médicale de Ville (SMV)

- Appels systématisés auprès des patients.  
**Objectif initial = 1 contact toutes les 2 semaines avec un patient**
- Intervalle moyen entre 2 appels aboutis auprès d'un patient = 26 jours
- 36% des patients sont contactés moins d'une fois par mois

## Le suivi des patients par les MG et les cardiologues :

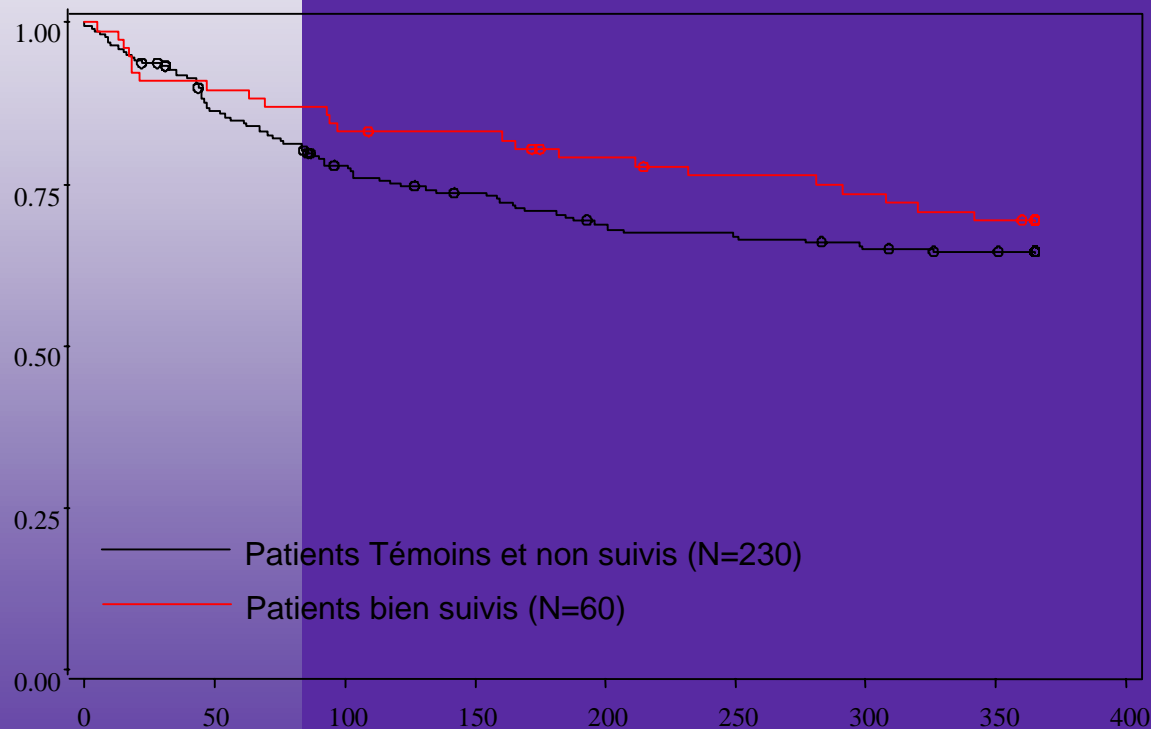
- Recueil des fiches de consultations  
**Objectif initial = 10 consult° /an chez le MG et 5 /an chez le cardio.**
- En réalité : 39% des patients ont soit 0 consult° de MG soit 0 consult° de cardio
- Moyenne chez les autres : 6 consult° de MG et 2,6 consult° de MC /an

➔ Les objectifs initiaux n'ont pas été tenus : étaient-ils trop élevés ?

➔ Surtout 1/4 des patients ne sont pas « concrètement » dans le Réseau : suivi faible de la SMV et/ou aucune collaboration des médecins traitants (pas de relevé de consultations)

## EvM des patients « bien suivis par le Réseau »

Construction d'un « score de qualité de suivi » à partir des indicateurs de processus (appels systématisés de la SMV et relevé des consultations de MG et de cardiologues) : patients bien suivis, moyennement suivis et non suivis (y compris Témoins)



Tendance dans la courbe de KM ?

Rejetée statistiquement par le test du log-rank ( $p = 0.18$ )

Rejetée également dans une analyse multivariée

Rejetée également en testant d'autres découpages du « score de suivi Résicard »

## Des médecins diversement impliqués dans le réseau

9 médecins interviewés (3 cardiologues et 6 MG)

**Connaissance** du réseau par les cardiologues principalement. MG critiques. Le protocole n'est pas connu. Connaissance inégale de la SMV et des services offerts par le réseau

**Points positifs** : bon concept, visites des paramédicaux (diététicien et infirmier) auprès des patients très appréciées

**Points négatifs** : lourdeur du dispositif, manque de retour d'informations, pas d'amélioration des relations entre MG et spécialistes (risque de « captation des malades » parfois évoqué), etc.

→ Plusieurs médecins ne sentent pas concernés, ne savent pas comment utiliser le réseau ou l'utilisent uniquement comme un service (visites des paramédicaux) et/ou ne voient pas la valeur ajoutée de Récicard à l'existant (dispositif redondant).

## La perception du réseau par les patients

Matériau : entretiens en face-à-face de 45 minutes avec des patients (80 appels, 60 contacts, 11 entretiens).

Résicard existe par les intervenants du domicile (phase pérenne)

Différentes « stratégies » d'utilisation du réseau par les patients :

- **L'utilisation conforme du réseau, pour lutter contre la maladie** : réseau rassurant , patient réceptif et observant...
- **Le non usage et l'assimilation du réseau à la maladie** : patients ne connaissent pas tous Résicard et assimilent traitement = maladie (patients souvent inobservants).
- **L'utilisation différente du réseau, sans rapport direct avec la maladie** : utilisation du réseau comme un passe-droit (aux urgences par ex.), utilisation de la SMV et des visites des paramédicaux comme lien social.

## Bilan et discussion

Pourquoi Résicard ne favorise ni une sous-mortalité des patients ni des ré-hospitalisations moins fréquentes?

### **1 - Fonctionnement réel du réseau en-deçà des objectifs initiaux?**

Résicard : MG importants théoriquement mais peu impliqués et donc peu concernés par le bon fonctionnement du réseau (inclusion par l'hôpital)

Relation au patient insuffisante (séance éducation, information et relation SMV)

→ Modification du protocole au terme de la phase expérimentale : instauration de la visite de paramédicaux principalement

### **2 - Période de montée en charge du réseau trop courte (3 ans) ?**

Critère de jugement principal trop strict ?

Différencier les ré-hospitalisations programmées des ré-hospitalisations en urgence dans les EvM ? (données lacunaires en phase réseau)

Utilisation de critères d'analyses secondaires ? Nombre ou durée des ré-hospitalisations ?

## Bilan et discussion

Pourquoi Résicard ne favorise ni une sous-mortalité des patients ni des ré-hospitalisations moins fréquentes ?

**3 - La qualité préexistante de la prise en charge des insuffisants cardiaques en IdF, et donc la faible marge de progression possible.** hypothèse d'un réseau informel, tout au moins de cardiologues, préexistant et fonctionnant bien.

**4 - Un défaut de ciblage de l'intervention, par une analyse insuffisante du problème initial dans le contexte français et qui plus est parisien** (corollaire du point précédent).

Gestion de projet insuffisante ?

**5 - Quel est le problème initial ? L'insuffisance cardiaque des personnes âgées? Ou des personnes âgées polypathologiques atteints d'une insuffisance cardiaque ?**

**Quelles interventions pour quels patients ?** HAD à Grenoble, Cardio-Saintonge, Respecti-Cœur (Nantes)...

# Conclusions sur les enseignement des réseaux

- Les limites du développement des réseaux par pathologies
  - Maladies chronique ou polypathologie (comorbidité et multimorbidité)
  - Comment organiser les soins autour de la personne ?
- Des réseaux aux pratiques de groupes
  - Le regroupement des professionnels de santé, team work, collaboration interprofessionnelle
  - Vers une organisation des soins ambulatoires en France
    - Réforme du médecin traitant en 2004
    - Maisons de santé, pôles de santé
    - Nouvelles formes de coopération des professions de santé (reco HAS: nouveaux métiers, nouvelles fonctions, infrastructures)
- Comment articuler soins spécialisés et de première ligne ? Un enjeu professionnel et un enjeu de pilotage et d'intégration institutionnelle

## Références

- **Pratiques coopératives dans le système de soins : les réseaux en question.** Actes du séminaire IMAGE – ENSP des 6 et 7 décembre 1996. Editions ENSP – RENNES
- **L'évaluation des réseaux de soins - Enjeux et recommandations** - groupe IMAGE/ENSP et CREDES. Ouvrage collectif : Y. Bourgueil, M. Brémond, A. develay, M. Grignon, F. Midy, M. Naiditch, D. Polton - Mai 2001
- La coordination dans les réseaux de santé: entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles: Robelet M, Serre M, Bourgueil. RFAS N°1 – 2005.