

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2022

N°85

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention Médecine Générale

PAR

Margot ITTY épouse HARNIST

Née le 9 août 1992 à Altkirch (68)

EVOLUTION DU TRAVAIL EN RESEAU DANS LE SUD DU
HAUT-RHIN POUR LES MALADIES METABOLIQUES

Etude qualitative auprès des professionnels de santé
impliqués

Présidente du jury de thèse : Professeur Nathalie JEANDIDIER

Directeur de thèse : Docteur Philippe HILD

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition JANVIER 2022
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Premier Doyen de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1976-1983)
(1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
M. DERUELLE Philippe
M. DORNER Marc
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Héleine Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique, gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François PO216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIRII IA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
 * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
 CU : Chef d'unité fonctionnelle
 Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018
 (3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

MO142	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
	Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
	Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
	Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
	BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
	CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	Mme CEBULA Héliène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
	CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
	CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
	CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
	Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
	DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme DIINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
	DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
	Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
	FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
	FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
	GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
	GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
	GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
	Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
	Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	LAVAUUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFÄFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Inteme, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELMIE Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Haute-pierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o *pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)*
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Inteme) / 15.10.17
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18
 CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DUCLOS Bernard (Hépto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
 GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KREMER Michel / 01.05.98
 KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Inteme) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine inteme) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
 WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schilligheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Nathalie Jeandidier,

Présidente de ce jury,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Laurent Monassier,

Vous vous êtes rendu disponible pour juger aujourd'hui de mon travail, acceptez mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet,

Vous me faites l'honneur de siéger aujourd'hui à ce jury de thèse, veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

Au Docteur Philippe Hild,

Directeur de cette thèse,

Merci pour ton accompagnement, depuis mes débuts en tant qu'interne lors de mon stage en SASPAS jusqu'à aujourd'hui. Merci de ne pas avoir lâché l'affaire pour cette thèse même quand ce n'était pas ma préoccupation principale. Merci d'avoir accepté de la diriger et de m'avoir accompagnée dans la réflexion et dans l'élaboration de ce travail.

A mes collègues,

Camille, Caroline, Christine, Danièle, Sandrine,

Merci pour ces moments partagés au quotidien, ces échanges qui font grandir, professionnellement et personnellement. Merci pour ce compagnonnage qui est, pour moi, le meilleur moyen de progresser et de gagner en confiance dans notre métier. Ce cabinet « multi générationnel » est une richesse que j'apprécie depuis mes débuts parmi vous.

A mes amis de la fac, Manon et Jefferey,

Merci pour ces années passées ensemble sur les bancs des amphithéâtres. Votre présence les a rendues beaucoup plus agréables.

A nos amis,

Vous citer serait risquer d'en oublier, mais merci pour nos soirées, nos moments de vie partagés, qui sont autant de pauses agréables dans un quotidien souvent intense.

A ma famille,

A mes parents pour leur présence et leur soutien précieux de tous les instants, et pour m'avoir permis d'en arriver où je suis, tant professionnellement que personnellement. Merci d'avoir été et de continuer à être un point d'ancrage fort pour notre famille, où il est possible à n'importe quel moment de trouver force, réconfort et motivation.

A Morand et Eléonore, parce que la vie sans frère et sœur serait beaucoup plus terne et carrément moins drôle.

A mes grands-parents,

Ceux toujours présents pour continuer de partager ces moments de vie importants ; et ceux absents et déjà partis, mais qui ne sont pour rien étrangers à mon accomplissement personnel et professionnel. Vous me manquez.

A Vava, malgré la distance tu as suivi tout mon parcours et tu as toujours été disponible, à l'écoute et présente. Merci d'incarner aussi bien ton rôle de marraine.

A Jules, mon grand filleul,

A Jean, Marianne, Charles et Maxime, Pierre, Christelle et Guillaume

Merci, je me considère chanceuse d'être née dans cette famille : nos liens et moments partagés sont chers à mon cœur.

A ma belle-famille, toujours présente pour nous au quotidien. Merci.

Et enfin,

A Martial, merci d'être à mes côtés, depuis le début de cette aventure-là. Tu as été d'un soutien inestimable tout au long de ce parcours parfois difficile, soutien souvent discret mais oh combien important. Merci d'être l'homme, le mari et le papa que tu es.

A Léon et Agathe, l'amour que je vous porte et le bonheur que vous nous apportez chaque jour est notre bien le plus précieux et permettra toujours de tout surmonter.

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	12
REMERCIEMENTS.....	13
FIGURES.....	19
ABREVIATIONS	20
1. INTRODUCTION.....	22
1.1. Les réseaux : 20 ans d'histoire	23
1.1.1. Cadre légal et financement	23
1.1.1.1. Cadre légal.....	23
1.1.1.2. Financement.....	25
1.1.2. Organisation des réseaux.....	28
1.1.3. L'évaluation des réseaux.....	28
1.1.4. Nouvelles directives pour les réseaux.....	29
1.1.5. Le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM)	30
1.1.6. Le futur : le Dispositif d'Appui à la Coordination	31
1.2. Le réseau diabète dans le Sundgau et plus globalement dans le Sud Alsace	32
1.2.1. Le GHT12 anciennement territoire de santé 4.....	32
1.2.2. Altkirch, berceau du réseau diabète sur le territoire.....	32
1.2.3. Le Réseau Santé Sud Alsace	34
2. MATERIEL ET METHODES.....	36
2.1. Méthode.....	36
2.2. Critères d'inclusion.....	36
2.3. Déroulement de l'entretien	37
2.4. Analyse des résultats.....	37
3. RESULTATS	39
3.1. Population interrogée	39
3.2. Le Réseau Santé Haute Alsace.....	41
3.2.1. Un lieu de référence.....	41
3.2.2. Un avis spécialisé pluridisciplinaire	42
3.2.3. La mission d'éducation thérapeutique du patient (ETP).....	44

3.2.4.	La formation	45
3.2.4.1.	La formation au sein du réseau	45
3.2.4.2.	La formation ouverte sur le libéral	46
3.2.5.	La recherche	47
3.2.6.	Le financement	47
3.2.7.	Les moyens de communication	48
3.2.7.1.	La formation aux professionnels de santé	48
3.2.7.2.	Les conférences tout public.....	49
3.2.7.3.	Un compte-rendu pluriannuel.....	49
3.2.7.4.	Les moyens de communication conventionnels	50
3.2.7.5.	La non nécessité de communiquer.....	50
3.2.8.	La relation réseau-ville	50
3.2.9.	Les freins et difficultés.....	52
3.2.9.1.	Liés à l'organisation du réseau	52
3.2.9.2.	Le réseau vu comme un « club fermé »	53
3.2.9.3.	Des difficultés d'homogénéisation en Alsace.....	53
3.2.9.4.	Des difficultés administratives	53
3.3.	La fusion : quand le Réseau Santé de Haute-Alsace devient le Réseau Santé Sud Alsace	54
3.3.1.	Des modifications de fonctionnement	54
3.3.1.1.	Modifications organisationnelles	55
3.3.1.1.1.	La réduction de la durée de prise en charge	55
3.3.1.1.2.	Le pilotage par l'ARS et le transfert du réseau à Mulhouse.....	56
3.3.1.1.3.	Une uniformisation sur le territoire	57
3.3.1.1.4.	Une diminution du personnel	57
3.3.1.1.5.	Modification de leurs tâches au quotidien	57
3.3.1.1.6.	Un financement différent.....	58
3.3.1.1.7.	Le développement des partenariats	59
3.3.1.2.	Une démedicalisation du réseau.....	60
3.3.1.3.	Une modification des missions du réseau.....	60
3.3.1.3.1.	La mission d'éducation thérapeutique du patient	60
3.3.1.3.2.	La mission de prévention et de dépistage.....	62
3.3.1.3.3.	L'activité physique adaptée.....	63
3.3.1.4.	Une modification des moyens de communication.....	64
3.3.2.	Les freins et difficultés soulevés au niveau du RSSA.....	65
3.3.2.1.	L'inadéquation avec la réalité du terrain	65

3.3.2.2.	Une problématique liée au territoire	66
3.3.2.3.	Des horaires inadaptés	66
3.3.2.4.	Idées reçues sur le réseau et disponibilité réduite	67
3.3.2.5.	Des abandons de programme plus fréquents	68
3.3.2.6.	Des doutes sur l'impact du réseau	68
3.3.2.7.	L'abandon des réunions de concertation pluridisciplinaires.....	68
3.3.2.8.	Le manque de formation médicale	69
3.3.2.9.	Des différences de statut.....	69
3.3.2.10.	Des envies de faire mais des limites.....	69
3.4.	Le ressenti des usagers sur la période de fusion avec l'ASPREMA.....	70
3.4.1.	Le ressenti négatif des professionnels sur la fusion.....	70
3.4.1.1.	Une fusion forcée	71
3.4.1.2.	Un vécu difficile	71
3.4.1.3.	Le « refus » du changement.....	71
3.4.1.4.	Une lourdeur administrative	71
3.4.1.5.	Un sentiment de fermeture du réseau.....	72
3.4.1.6.	Une restriction de prise en charge difficile à faire passer.....	72
3.4.1.7.	Sentiment d'oppression par l'ARS.....	73
3.4.1.8.	Le manque du spécialiste	73
3.4.1.9.	L'inquiétude sur le vécu du patient.....	73
3.4.1.10.	Une perte de qualité de prise en charge.....	74
3.4.1.11.	Un manque de transparence.....	74
3.4.1.12.	Regrets sur la formation.....	74
3.4.2.	Le ressenti positif des professionnels sur la fusion	75
3.4.2.2.	L'ouverture sur la prévention.....	75
3.4.1.3.	La capacité d'adaptation de l'équipe	76
3.4.1.4.	Des missions supplémentaires	76
3.4.1.5.	La réduction du temps de prise en charge	77
4.	DISCUSSION.....	78
4.1.	Les limites de ce travail	78
4.2.	Les points forts	78
4.3.	Principaux résultats	79
4.3.1.	D'un lieu d'excellence à une structure d'appui au généraliste	79
4.3.2.	Les modifications dans l'organisation du réseau : de la flexibilité au contrôle	82
4.3.3.	Les modifications des missions.....	85

4.3.3.1.	L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)	85
4.3.3.2.	La mission de prévention et de dépistage.....	89
4.3.3.3.	L'activité physique adaptée.....	91
4.3.4.	L'impact du réseau sur la formation des professionnels de santé.....	91
4.3.5.	L'évolution des moyens de communication.....	92
4.3.6.	Les principales difficultés rencontrées selon les périodes	93
4.3.6.1.	Difficultés communes.....	93
4.3.6.1.1.	Les difficultés administratives.....	93
4.3.6.1.2.	L'accessibilité du réseau.....	94
4.3.6.2.	Les difficultés spécifiques au RSHA	94
4.3.6.3.	Les difficultés spécifiques au RSSA.....	95
4.3.7.	La fusion avec l'ASPREMA	96
4.4.	Ouverture	97
5.	CONCLUSION.....	99
6.	BIBLIOGRAPHIE	101
7.	ANNEXES	104
7.1.	Annexe 1 : Exemple type de CPOM.....	104
7.2.	Annexe 2 : Guide d'entretien	106
7.3.	Annexe 3 : Fiche d'information - Recueil du consentement.....	108
7.4.	Annexe 4 : Prise en charge du diabète : Expérience du Réseau Santé de Haute Alsace.....	109
7.5.	Annexe 5 : Calendrier des ateliers 2018, extrait du site internet du RSSA (http://www.sante-sudalsace.org/)	110
7.6.	Annexe 6 : Calendrier des manifestations tout public en 2019 (bilan d'activité 2019).....	111
7.7.	Annexe 7 : Calendrier des manifestations pour les salariés (bilan d'activité 2019)	112
7.8.	Annexe 8 : Calendrier des manifestations diverses dans le milieu de la précarité (2019) .	113
7.9.	Annexe 9 : Calendrier des actions d'appui aux professionnels de santé	114
7.10.	Annexe 10 : Exemple d'entretien EE5	115

FIGURES

Figure 1 Les missions du FIR	27
Figure 2 Le dispositif d'appui à la coordination	31
Figure 3 Territoires de santé Sud Alsace	32
Figure 4 : Le Pays du Sundgau	33
Figure 5 : Tableau des effectifs	40
Figure 6 : Le Réseau Santé de Haute Alsace.....	41
Figure 7 : Le Réseau Santé Sud Alsace : modifications de fonctionnement	55
Figure 8 : Les freins constatés au RSSA	65
Figure 9 : Le ressenti négatif des professionnels	70
Figure 10 : Ressenti positif des professionnels	75
Figure 11 : Evolution des équivalents temps plein du RSSA entre 2014 et 2020	83
Figure 12 : Evolution de l'effectif patients du réseau (site d'Altkirch) de 2002 à 2020.....	84
Figure 13 : Evolution de l'effectif patient du RSSA de 2015 à 2020.....	84
Figure 14: Listes des ateliers en 2006 et 2013	86
Figure 15 : Liste des ateliers en 2018	87
Figure 16 : Evolution des consultations au sein du RSSA.....	87
Figure 17 : Evolution de l'absentéisme de 2007 à 2019	95

ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

ANCRED : Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ASPREMA : Association Mulhousienne de Prévention Mulhousienne de l'Athérosclérose

CNAMTS : Caisse National d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DAC : Disposition d'Aide à la Coordination

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DNDR : Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux

DRDR : Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMS : Educateur Médico-Sportif

ETP : Education Thérapeutique des Patients

ETP : Equivalent Temps Plein

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fond d'Intervention Régional

GHRMSA : Groupement Hospitalier Régional de Mulhouse et Sud Alsace

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière diplômée d'Etat

ONDAM : Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie

PPS : Projet personnalisé de Soins

PRS : Plan Régional de Santé

RSHA : Réseau Santé Haute Alsace

RSSA : Réseau Santé Sud Alsace

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. INTRODUCTION

La proportion de patients diabétiques au sein de nos patientèles ne cesse de croître ces vingt dernières années.

En 2019, en France, on ne dénombrait pas moins de 4,5 millions de patients diabétiques(1).

Dans le Grand Est, on estime, en 2018, à 6,6% de la population générale le nombre de patient pris en charge pour du diabète. La prévalence standardisée passe à 5,6% dans le Haut-Rhin.

(2)

Pour un patient diabétique, les mesures associées au traitement médicamenteux, comme recommandées par la HAS(3) vont reposer sur l'exercice physique et des conseils diététiques adaptés, ayant un impact direct sur l'amélioration de la qualité de vie, ainsi qu'un impact positif de l'activité physique sur les complications du diabète (néphropathie diabétique, rétinopathie, neuropathie et macro-angiopathie)(4).

L'augmentation du nombre de patients diabétiques depuis quelques dizaines d'années a motivé l'apparition et la création en 1996 de réseaux diabète. Leur but premier était de combler les défauts de prise en charge des patients présentant un diabète.(5)

Ils étaient 66 en 2011 et on ne compte aujourd'hui en France plus qu'une vingtaine de réseaux, souvent regroupés avec d'autres pathologies (cardio-vasculaire, obésité, ...).

Un de ces réseaux est né en 2002 dans le Sundgau, à Altkirch, sous l'impulsion du Dr Jean-Marie Wilhelm et de son équipe. Ce réseau a évolué ces presque vingt dernières années avec les contraintes politiques et financières, essayant au mieux de poursuivre sa mission : accompagner les patients diabétiques et/ou présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires.

Bien ancré dans le paysage de la région Sud Alsace, il nous a semblé important de nous intéresser à son histoire à travers le regard de ceux qui l'ont créé, fait vivre et utilisé. Modelé par les hommes et les femmes qui y ont participé, il a pu bénéficier des évolutions de notre système de santé, mais en a aussi parfois fait les frais.

L'objectif de ce travail est l'analyse des modifications dans le fonctionnement du travail en réseau au sujet des maladies métaboliques au cours des divers changements ayant eu lieu ces 20 dernières années. Cette étude s'est faite au travers du regard subjectif des professionnels de santé ayant vécu la création et l'évolution de cette structure, ceci corrélé à des données plus objectives.

1.1. Les réseaux : 20 ans d'histoire

1.1.1. Cadre légal et financement

1.1.1.1. *Cadre légal*

La première notion de réseau apparaît dans le cadre de la prise en charge des patients atteints du VIH, le 04/06/1991. Une circulaire fixe le cadre des réseaux ville-hôpital dans la prévention et la prise en charge de ces patients.(6)

En avril 1996, l'ordonnance n°96/227 présente les nouveaux dispositifs de l'organisation des soins dans la réforme de l'hospitalisation publique et privée : l'article 29 modifie le code L712-3-2 du code de la santé publique : « En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et par le schéma

d'organisation sanitaire, les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins, au sens de l'article L. 712-2, ou à certaines pathologies. »(7) : les réseaux de soins dans la prise en charge du diabète se mettent en place. Mais il s'agit bien là d'un « cadre expérimental »(8).

En 1997, la circulaire DH/EO n°97/227 stipule que « la création et la mise en œuvre des réseaux de soins et communautés doivent favoriser une meilleure insertion des établissements de santé dans leur environnement. Elles s'inscrivent dans une logique d'amélioration de la qualité des soins et d'optimisation des moyens. »(9). Il apparaît également à ce moment-là la notion d'évaluation des réseaux.

En parallèle, concernant le diabète de type 2, la circulaire DGS/SQ2/DH n°99-264 pose les jalons de l'organisation des soins en ce qui concerne le diabète de type 2.(10)

Les différents points à retenir de cette formalisation de la prise en charge sont :

- « Adapter l'offre de soin aux besoins du patient (...) : les soins de proximités, les sites orientés vers la diabétologie, les pôles fonctionnels de référence en diabétologie »
- « L'éducation à la santé individuelle et collective »
- Introduction de « l'obligation d'évaluation par des pairs »(10)

La notion d'éducation thérapeutique apparaît donc déjà bien ici en parallèle de la prise en charge spécialisée des patients diabétiques.

Le 4 mars 2002, la loi n°2002-303 ou loi Kouchner, dans son titre III, chapitre V, fixe clairement les règles en ce qui concerne les réseaux de santé(11). Notamment l'article L 6321-1 qui donne la définition des réseaux de soins : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès

aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. » (12)

L'article détaille également les professionnels de santé et les établissements pouvant constituer les réseaux ainsi que les critères d'attribution de financements (et lesquels).

Actuellement les réseaux sont donc pilotés par les ARS à travers un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

1.1.1.2. Financement

Les modalités de financement des réseaux, quelle que soit leur orientation, commencent à prendre forme en 1996 avec les Réseaux « Soubie ». Les « ordonnances Juppé » permettent l'obtention de financement pour des « actes médicaux dérogatoires »(13). Le financement est cependant soumis à une instruction rigoureuse : le dossier est conjointement étudié par la CNAMTS, l'URCAM, l'ARH et la DRASS.

La notion de financement de ces réseaux de soin est mentionnée officiellement en 1999, avec la création du **FAQSV** (Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) et ses modalités de mise en œuvre.(14) Les fonds proviennent de l'assurance maladie et les montants sont fixés annuellement par la loi de financement de l'assurance maladie.

En 2000, le Fond d'Aide représente 76,22 millions d'euros(15). La dotation en 2001 et 2002 sera de 106 millions d'euros(15). Il est toujours géré conjointement par la CNAMTS et l'URCAM pour ce qui est de la partie régionale. En 2002, plus de 150 réseaux sont financés par le FAQSV(16).

Dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2002 apparaît alors la notion de **Dotation de Développement des Réseaux**, divisée en plusieurs Dotations Régionales de Développement des Réseaux (DRDR), toujours dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle constitue la 5^e enveloppe de l'ONDAM et est toujours pilotée par l'URCAM et l'ARH. L'accent est alors mis sur un pilotage régional du financement des réseaux. En 2002 cela représente plus de 22 millions d'euros et jusqu'à 150 millions en 2005. (17)

En 2006, un nouveau mode de financement voit le jour : la fusion du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et de la Dotation Nationale des Réseaux (DNR) donne naissance au Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (**FIQSC**).

La circulaire DHOS/03/CNAM n°2007-88 du 2 mars 2007 vient appuyer et affiner les démarches pour les demandes de financement des réseaux et les conditions d'un pilotage régional par les ARH et les URCAM. Elle pose surtout une condition obligatoire au financement : l'évaluation.

En 2010, au niveau du FIQCS, le rapport d'évaluation sur les 65 réseaux de diabétologie étudiés en France montre une participation de 485€ par patient, soit un montant total de 15 176 069 € (soit 9% du FIQCS)(18). Le montant total du FIQCS est en 2010 de 254,4 millions d'euros (rapport 2010 du FIQCS). En 2011, ce montant s'élève à 167 millions. Pour ces mêmes réseaux de diabétologie, au nombre de 70, la participation du FIQCS s'élève à 15 060 723 € (soit

toujours 9% du FIQCS)(19). Il y a donc une stabilité sur les deux dernières années d'existence du FIQCS pour une légère augmentation du nombre de réseau. Le montant moyen alloué à chaque réseau passe de 233 478 € en 2010 à 215 153 € en 2011.

En 2012, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale créé le **Fond d'Intervention Régional (FIR)**, outil aux mains des ARS, et toujours inscrit dans le cadre de l'ONDAM pour le financement « des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de : la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire. » (Ars-sante.fr). Le financement n'est non plus seulement attribué à la structure qui porte le projet mais à la mission elle-même. Avec toujours la possibilité de répondre à des appels à projets pour des subventions supplémentaires (19).

Les missions du FIR sont organisées en cinq axes stratégiques qui s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale de la santé :

- **la promotion de la santé et la prévention** des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie (mission 1) ;
- l'organisation et la promotion de **parcours de santé coordonnés** ainsi que **la qualité et la sécurité** de l'offre sanitaire et médico-sociale (mission 2) ;
- **la permanence des soins** et la **répartition des professionnels et des structures** de santé sur le territoire (mission 3) ;
- **l'efficacité** des structures sanitaires et médico-sociales et **l'amélioration des conditions de travail** de leurs personnels (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail) (mission 4) ;
- le développement de la **démocratie sanitaire** (mission 5).

Figure 1 Les missions du FIR

Source : <https://www.ars.sante.fr/le-fonds-dintervention-regional>

1.1.2. Organisation des réseaux

Historiquement, les réseaux pouvaient prendre différentes formes : groupement de coopération sanitaire, groupement d'intérêt économique, groupement d'intérêt publique ou association (loi 1901), ces différents statuts juridiques ne conditionnant pas l'obtention d'un financement.

Pour la partie juridique, trois documents sont nécessaires pour la création d'un réseau de santé :

- Un document d'information aux usagers (20)
- Une charte du réseau (21)
- Une convention constitutive (22)

1.1.3. L'évaluation des réseaux

Les réseaux sont également soumis à une évaluation qui conditionne le financement du réseau, rendue obligatoire par l'article D6321-7 du code de la Santé Publique. Cette évaluation prend deux formes : l'auto-évaluation interne annuelle avant le 1er mars, ainsi qu'une évaluation externe tous les 3 ans.

Concernant l'évaluation externe, celle-ci est actuellement, légalement parlant, régit par une circulaire de 2007 : « *L'objectif de cette évaluation est de démontrer, à l'issue des périodes de financement, la valeur ajoutée de l'action proposée par rapport aux dispositifs existants et d'appréhender les conditions dans lesquelles les acteurs (tutelles, professionnels) peuvent s'engager pour une nouvelle période de financement. Les évaluations doivent donc mettre en*

évidence les facteurs de réussite, les freins et les leviers, ainsi que le caractère reproductible des projets. » (23). Déjà en 1999, l'ANAES s'était penché sur la question de l'évaluation des réseaux en posant 5 questions primordiales :

- « Le réseau répond-il à un besoin ?
- Quand et quoi évaluer ?
- Pour qui et pourquoi évaluer ? Qui évalue ?
- Avec quels moyens évaluer ?
- Le réseau a-t-il un système d'information disponible permettant l'évaluation ? »(24).

Les réseaux ont également à disposition un guide de l'évaluation des réseaux de santé, édité par la HAS en 2004.(25)

1.1.4. Nouvelles directives pour les réseaux

En 2012, la DGOS publie un guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins – Comment faire évoluer les réseaux de santé ? » (19). Ce guide assoie le plein pouvoir aux ARS pour la création, l'évaluation des réseaux de santé. L'accent est mis sur la notion de coordination de soins et d'appui aux généralistes. Le cadre de l'évaluation est également repris ici et précisé. A ce moment-là, plus de 700 réseaux co-existent sur le territoire national. Les objectifs prioritaires sont au nombre de trois :

- « Cibler davantage le rôle des réseaux dans l'offre de soins afin de promouvoir la coopération avec les autres acteurs et orienter les moyens financiers exclusivement vers les structures répondant aux missions attendues.

- Harmoniser les pratiques ainsi que les coûts de fonctionnement des réseaux.
- Mettre en place un cadre de contractualisation permettant d'accompagner l'évolution des réseaux vers la polyvalence et l'appui à la coordination, leur articulation avec les autres acteurs de la coordination sur le territoire et de fixer en amont les modalités d'évaluation. » (19)

C'est également à ce moment-là que la notion de Plan Personnalisé de Soins est mise en avant et est fortement encouragée pour favoriser le parcours de soin du patient. Il est présenté comme « principal outil de la coordination » (19).

1.1.5. Le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM)

Actuellement, l'existence et le financement des réseaux repose sur un Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM), contracté avec l'ARS. Cela permet aux différentes structures et à l'ARS de rester cohérent avec le Projet Régional de Santé (PRS), élaboré pour 10 ans. Actuellement dans le Grand Est le projet a été adopté le 18 décembre 2019 pour la période 2018-2028 (source *grand-est.ars.sante.fr*). Le CPOM est valable 5 ans et présente deux parties principales :

« - le socle contractuel qui comporte les clauses générales du contrat. Cette partie est très courte et a vocation à s'appliquer sur les cinq années du CPOM ;

- les annexes du contrat qui décrivent les objectifs retenus et les indicateurs. Ces annexes constituent la base du suivi du contrat et peuvent évoluer sur la période de contractualisation : leur modification se fera par le biais d'avenants »(19)

Voir 7.1 Annexe 1 : Exemple type de CPOM page 104

1.1.6. Le futur : le Dispositif d'Appui à la Coordination

Une des principales missions d'un réseau aujourd'hui est l'appui à la coordination. Cela est en cours de formalisation par le ministère des solidarités et de la santé avec la création d'un dispositif unique de coordination, le DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination), qui devrait être opérationnel en juillet 2022 et dont font partie les Réseaux. Les différents articles du code de la Santé Publique définissant les réseaux ont par ce fait été abrogés au 27 décembre 2021 mais « demeurent applicables, dans leur rédaction antérieure à celle résultant du présent décret, aux dispositifs d'appui existants »(26)

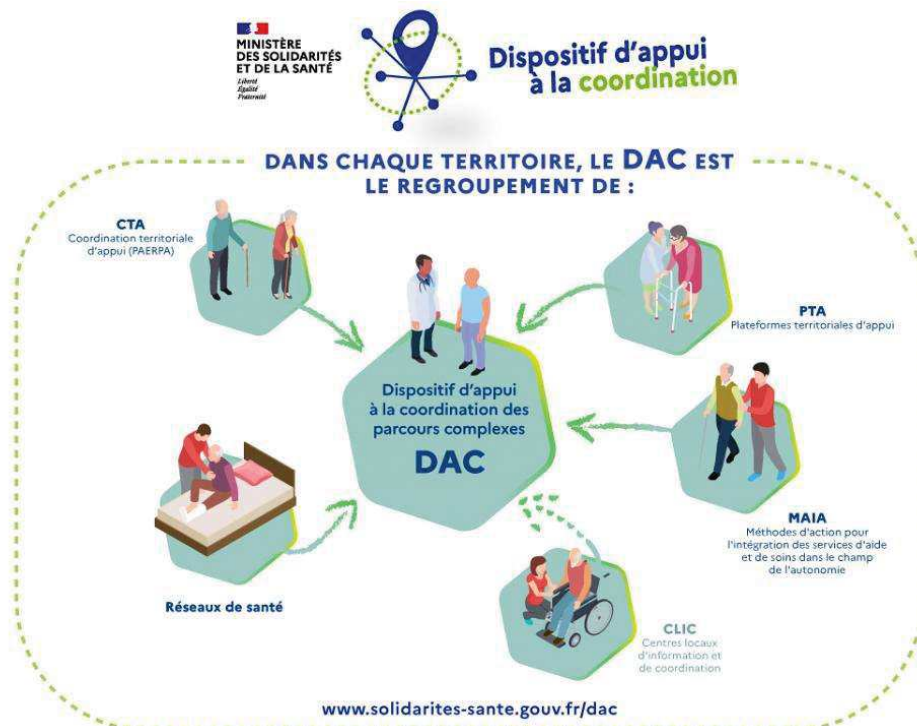


Figure 2 Le dispositif d'appui à la coordination

1.2. Le réseau diabète dans le Sundgau et plus globalement dans le Sud Alsace

1.2.1. Le GHT12 anciennement territoire de santé 4

Le secteur nous intéressant ici est le Groupement Hospitalier de Territoire de Haute Alsace, soit le GHT12 depuis la signature de la convention constitutive le 12 août 2016. Avant la naissance de la région Grand Est, ce même territoire était le Territoire de Santé 4. Sur le plan géographique, ce territoire s'étend du nord de Mulhouse jusqu'à la frontière sud du Haut-Rhin. La plus grande ville avec 110 370 habitants (INSEE 2015) est Mulhouse.

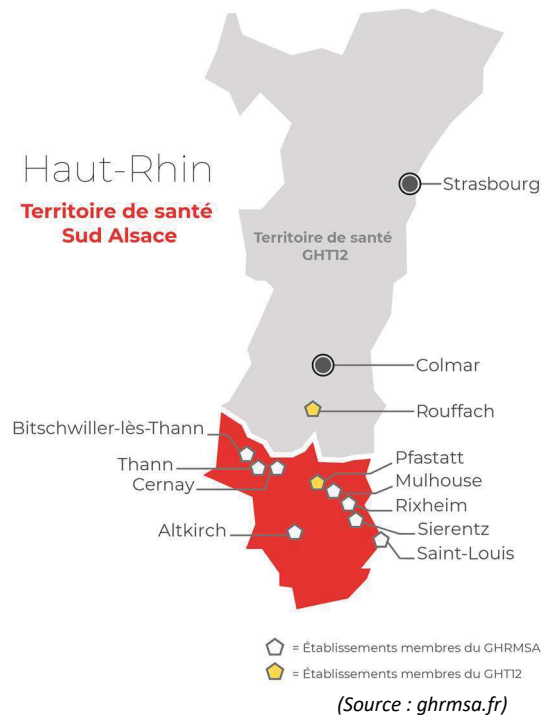


Figure 3 Territoires de santé Sud Alsace

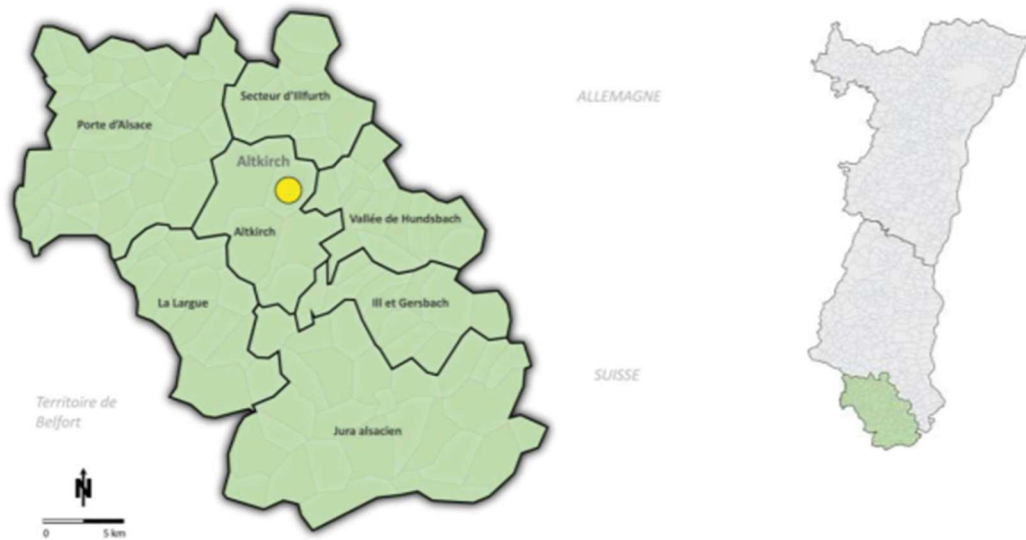
La population générale de ce territoire s'élève à 483 036 habitants. (INSEE 2013)(27)

1.2.2. Altkirch, berceau du réseau diabète sur le territoire

A l'origine, le réseau diabète du GHT12 est né à Altkirch au sein de l'Hôpital Saint Morand.

Altkirch est une ville qui compte actuellement 5830 habitants (chiffres INSEE 2018). Ces chiffres ont très peu évolué depuis 2008 (5866 en 2008). C'est historiquement la capitale du Sundgau, région naturelle de 663 km² du Sud de l'Alsace. Cette « région » est quasiment superposable au Pays du Sundgau, tel que défini par la loi Voynet (25 juin 1999), regroupant

112 communes et 2 communautés de communes : la Communauté de Commune Sundgau et la Communauté de Commune Sud Alsace Largue.



Source : Insee

Diagnostic local de santé du Pays du Sundgau (26)

Figure 4 : Le Pays du Sundgau

L'hôpital d'Altkirch est bâti sur le site d'un ancien prieuré vieux de 900 ans. Dès 1829, les bâtiments préexistants deviennent un hôpital et seront aménagés, détruits, reconstruits au fil des années (28). Actuellement, l'hôpital d'Altkirch fait partie du Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace (GHRMSA). Le site regroupe des services de médecine (polyvalente, gériatrique -court séjour et SSR), de chirurgie (orthopédique et viscérale), des consultations diverses (anesthésie, urologie, cardiologie, ophtalmologie, chirurgie, dermatologie, diabétologie, somnographie, ...), un hôpital de jour de gériatrie, une maison périnatale, un service d'imagerie médicale, un EHPAD et une USLD (voir en annexe la

plaquette de présentation du CH d'Altkirch). Actuellement le Réseau Santé Sud Alsace vient compléter l'offre de soin disponible au Centre Hospitalier d'Altkirch, de même que les réseaux ODE pour le suivi de l'obésité et du diabète de l'enfant ainsi qu'une antenne de l'Hospitalisation à Domicile.

1.2.3. Le Réseau Santé Sud Alsace

Anciennement connu sous le nom de Réseau Santé de Haute-Alsace, ce réseau diabète est créé en 2002 (statuts datant de décembre 2004) sous l'impulsion du Dr Jean-Marie Wilhelm, alors médecin au sein du Centre Hospitalier Saint Morand d'Altkirch. L'éducation thérapeutique du patient diabétique préexistait quelques années auparavant sur le site de l'hôpital sous forme de consultations menées par des infirmières du service de médecine, sensibilisées à cette problématique et formées dans ce but. Sous l'impulsion des instances décisionnaires de l'époque, Dr Wilhelm profite de l'essor des réseaux pour créer officiellement la structure et en poser les objectifs, accompagnés de quelques médecins sundgauviens.

Le réseau subira une transformation importante en 2014 lors de la dissolution du RSHA pour créer, après fusion avec une association mulhousienne -l'ASPREMA-, le Réseau Santé Sud Alsace.

Au départ centré sur le diabète, le réseau s'est petit à petit élargi aux pathologies cardiovasculaires et à l'obésité, modification encore plus marquée lors de la fusion avec l'ASPREMA. Cette dernière association était plus précisément tournée vers les pathologies cardiovasculaires.

D'abord principalement localisé au sein de l'hôpital d'Altkirch, le réseau s'est étendu à Thann (2010) puis Saint Louis. Enfin, lors de la fusion, l'antenne principale a pris sa place à Mulhouse, gardant Altkirch, Thann et Saint Louis comme antennes périphériques et couvrant ainsi tout le GHT12.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Méthode

Nous avons choisi de mener ce travail à l'aide d'une méthode qualitative. Au moyen d'entretiens semi dirigés, des professionnels de santé ont été questionnés sur l'évolution du réseau diabète dans le Sundgau.

Une approche différente n'aurait pas permis de faire ressortir le ressenti des personnes interrogées. Le but étant, en parallèle de données très objectives sur l'historique du réseau diabète, de questionner les personnes l'ayant fait vivre sur le regard qu'elles portent sur l'évolution d'une telle structure durant les vingt dernières années.

Nous avons rédigé un guide d'entretien qui a été adapté après les premiers entretiens.

Les questions très générales, ouvertes, pouvaient être affinées par des questions de relance en fonction de la personne interrogée.

Chaque entretien comportait quelques questions fermées sur le profil des différentes personnes interrogées.

Il se poursuivait ensuite en trois grandes parties : le Réseau Santé de Haute Alsace (RSHA), la fusion et le Réseau Santé Sud Alsace (RSSA). *Voir Annexe 2 : Guide d'entretien page 106*

2.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour réaliser les entretiens étaient relativement simples : il devait s'agir de professionnels de santé ayant vécu les différentes phases du réseau. Elles devaient

avoir un lien avec le réseau avant 2014 et en être sortie après 2014, quel que soit la durée de leur investissement.

2.3. Déroulement de l'entretien

La prise de contact avec les différentes personnes interrogées s'est faite le plus souvent par mail ou par téléphone pour leur présenter le projet et solliciter leur accord pour l'entretien.

Les entretiens pouvaient se dérouler en présentiel, ou à défaut par téléphone, et étaient enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique. Chaque personne interrogée a été destinataire et signataire en deux exemplaires d'une fiche d'information et de recueil du consentement. *Voir Annexe 3 : Fiche d'information - Recueil du consentement page 108*

Quelques notes ont été prises lors des entretiens.

2.4. Analyse des résultats

Les entretiens ont ensuite été intégralement retranscrits informatiquement mot pour mot et anonymisés, y compris dans le contenu des verbatims.

Tous les entretiens ainsi retranscrits ont été importés dans un logiciel de codage (QDA Miner Lite) pour en extraire des verbatims, eux-mêmes regroupés en différents codes. Ces codes permettent de regrouper les verbatims en fonctions de l'idée qu'ils véhiculent.

L'étude a pris fin lorsqu'il n'y avait plus de nouvelles idées qui ressortaient des entretiens selon l'investigateur : nous sommes arrivés à saturation de l'investigateur.

Les données n'ont été analysées que par l'investigateur principal, il n'y a pas eu de triangulation des données.

3. RESULTATS

3.1. Population interrogée

Sept entretiens ont été réalisés entre le 8 avril 2021 et le 4 juin 2021. Six d'entre eux se sont tenus en présentiel et un par téléphone. Quatre entretiens ont eu lieu au sein des locaux du RSSA, deux entretiens ont eu lieu au domicile des personnes interrogées. Tous ont été exploités par la suite.

Tous les participants ont accepté l'enregistrement et ont rempli la fiche de consentement.

Cette étude n'a pas soulevé de questionnement éthique, juridique ou réglementaire et n'a donc pas donné lieu à une sollicitation du comité d'éthique ou du comité de protection des personnes.

Les entretiens anonymisés sont stockés dans un fichier sécurisé accessible uniquement à l'investigateur principal.

Les entretiens ont duré entre 26 minutes et 44 secondes et 1 heure 14 minutes 48 secondes.

La durée moyenne des entretiens était de 42 minutes et 19 secondes.

Six des sept personnes interrogées correspondaient aux critères d'inclusion avec une entrée officielle au sein du réseau diabète entre 2002 et 2009. Une personne y est officiellement entrée en 2016 mais était utilisatrice à titre professionnel avant 2014.

Sur les sept personnes, cinq étaient des femmes, deux étaient des hommes.

Les différentes professions interrogées ont été médecins (3 personnes), infirmières (3 personnes) et une diététicienne.

La moyenne d'âge était de 59 ans, avec un minimum à 46 ans et un maximum à 72 ans.

Quatre sont encore actifs au sein du réseau et trois ne le sont plus. Sur les trois ayant quitté le réseau, une seule est pleinement retraitée, les deux autres ayant toujours une activité professionnelle.

Deux cent quatre-vingt-seize verbatims ont été isolés et regroupés en 21 codes, eux-mêmes regroupés dans 3 parties. Chaque partie concernant une période du réseau diabète : le Réseau Santé Haute Alsace – la période de la fusion – le Réseau Santé Sud Alsace.

Les cartes conceptuelles ont été réalisées avec l'application Lucidchart.

	Age	H/F	Profession	Actif/retraité	Date d'entrée	Date de sortie	Durée entretien
	72	femme	médecin	actif/retraité	2016	En activité	0:26:44
	70	homme	médecin	retraité	2002	2016	00:40:29
	49	femme	infirmière	actif	2012	2020	00:49:39
	55	femme	infirmière	actif	2002	En activité	00:29:19
	61	homme	médecin	actif	2002	2021	00:42:42
	60	femme	infirmière	retraité	2002	2021	01:14:48
	46	femme	diététicienne	actif	2009	En activité	0:32:29
Moyenne	59	H : 2 F : 5		A : 5 R : 2		EA : 3	0:42:19

Figure 5 : Tableau des effectifs

3.2. Le Réseau Santé Haute Alsace



Figure 6 : Le Réseau Santé de Haute Alsace

3.2.1. Un lieu de référence

Le Réseau Santé de Haute Alsace reste perçu par la majorité des personnes interrogées comme un lieu de référence. Et pour cause, il est même introduit comme étant « *le premier réseau diabète en Alsace* » (EE2), pour « *centraliser sur un même lieu un maximum de ressources* » (EE1). D'autres le décrivent comme un lieu unique « *tout était coordonné sur place, avec un même dossier partagé* » (EE2)

Pour ceux qui l'ont utilisé comme correspondants, c'était une « *structure de référence où nous pouvions envoyer nos patients diabétiques* » (EE1). Même ressenti depuis l'intérieur : « *on était quand même le pôle de référence de diabéto dans le Haut-Rhin, même plus* » (EE4).

En parallèle de la notion de référence nous retrouvons celle d'excellence. Les personnes interrogées y décrivent une prise en charge optimale : « *on avait une prise en charge très optimale du patient. Moi je pense qu'on était dans l'excellence.* » (EE6), « *une prise en charge optimum des patients, sans contrainte, sans contrainte de temps* » (EE6), « *avec par contre une prise en charge, une prise en charge optimale* » (EE5), « *On était toujours, toujours en avance. Et dans l'excellence... On était toujours innovateur dans quelque chose* » (EE6). Le but précis étant « *qu'avec un minimum de ressources médicales et puis offrir un maximum de prestations dans un lieu où les gens savaient où ça s'passait et avec qui* » (EE2).

Le réseau est décrit comme une vraie ressource pour les patients : « *les patients étaient très contents d'être pris en charge parce qu'ils avaient une ressource* » (EE1), « *ils décrochaient leur téléphone et appelaient l'infirmière d'éducation, qui leur donnait tous les renseignements et réponses à leur questionnement* » (EE1), « *on avait un peu un rôle de recours aussi* » (EE2).

3.2.2. Un avis spécialisé pluridisciplinaire

« *Ce qui était intéressant c'était l'équipe pluridisciplinaire* » (EE3) : cette phrase lance le ton de ce qui est partagé par la quasi-totalité des personnes interrogées. La pluridisciplinarité de l'équipe du réseau semble être un élément majeur du RSHA : « *une équipe pluridisciplinaire qui peut réfléchir sur la pédagogie médicale, parce que c'est ça aussi, c'est comment faire passer une information* » (EE3), « *c'était important de pouvoir s'appuyer sur différentes*

compétences, les diététiciennes, parce que... les psychologues » (EE3), « la volonté de la prise en charge pluridisciplinaire du patient » (EE4), « l'objectif c'était... proposer un accueil...pluridisciplinaire... » (EE2), « du temps, une équipe pluridisciplinaire, des connaissances aussi » (EE3).

Cette pluridisciplinarité se manifestait notamment par des réunions de concertations pluridisciplinaires hebdomadaires : *« c'étaient ces réunions pluridisciplinaires, (...), on reprenait tous les dossiers quasiment, pas tous les patients, mais dès qu'il y avait une difficulté » (EE7), « on faisait encore (...) les RCP hun donc euh, on venait avec nos dossiers, où c'était partagé, enfin y'avait vraiment une réflexion pluridisciplinaire » (EE3), « tous les lundis on avait des rendez-vous, enfin des réunions pardon, ou on ramenait tous les dossiers des cas difficiles, tous. » (EE6)*

En parallèle à la prise en charge pluridisciplinaire, il ressort aussi la prise en charge spécialisée du diabète.

Caractérisée comme étant spécialisée en premier lieu par la présence du spécialiste : *« encadré par un médecin spécialiste diabétologue qui donnait aussi son avis... donnait des conseils sur d'éventuelles modifications thérapeutiques ou des d'exams plus importants à faire » (EE1), mais également par la présence d'une équipe à la pointe des connaissances et avec des ressources matérielles et technologiques : « prise en charge spécialisée par des infirmières d'éducation, diététiciennes, même l'activité physique qui s'était développée » (EE1), « du temps, une équipe pluridisciplinaire, des connaissances aussi » (EE3), « On a fait plein de choses, on avait un calorimètre, les calorimétrie, on a monté un, un projet obésité, on a... On faisait des Systoe, on mesurait le, on regardait si y'avait des artériopathies, on pouvait le faire ici, on lisait l'apnée du sommeil » (EE6), « On était toujours innovateur dans quelque chose »*

(EE4), « *c'était important d'avoir ce réseau à disposition, on va dire comme ça, c'était notre spécialiste en maladie diabétique* » (EE1), « *qu'ils puissent disposer sur le même endroit, enfin... Pas forcément le même étage (rire) mais du rétinographe, du score calcique, on vérifie, euh, les, on vérifie si ça n'a pas été fait par le médecin traitant, euh on vérifie les pieds.* » (EE2), « *un des premiers à lancer aussi la rétinographie dans cet optique-là, pas besoin de médecin* » (EE2).

Beaucoup mettent en avant le côté médical du réseau, notamment dans la façon dont était perçu le réseau à l'extérieur « *y'avait quand même pas mal de médecins qui adressaient pour un avis* » (EE3), « *il y a encore des confrères, dont je ne te cite pas les noms, qui euh, se référaient systématiquement au réseau pour, pour la prise en charge de d'un patient diabétique* » (EE1), « *Au départ aussi c'était donc médicalisé le réseau* » (EE4).

Une personne nuance cependant en rappelant qu'il n'y avait pas de prescription au sein du réseau « *Y'avait jamais de prescriptions médicamenteuses, au titre du réseau* » (EE2).

3.2.3. La mission d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Une des principales missions du réseau apparaît comme étant celle de l'éducation thérapeutique du patient diabétique : « *Y'avait l'éducation thérapeutique, dans son sens le plus large, diététique, prise en charge... l'autonomisation de la personne dans, dans, dans l'insulinothérapie, dans le soin, les soins podos, euh, enfin y'avait un certain nombre d'automatismes qui étaient créés chez les patients qui se rendaient compte de la maladie* » (EE5), « *le premier avantage déjà, l'éducation thérapeutique...* » (EE2), « *je crois que l'éducation*

thérapeutique dans un sens à la fois pluridisciplinaire et du suivi dans la durée, euh... C'est évident que c'est un apport » (EE2).

Les différents professionnels ont différentes définitions de l'éducation thérapeutique telle qu'elle était pratiquée : *« c'est donner des connaissances pour qu'ils aient le choix » (EE3)/ « qui était pris en charge dans une première phase de, quand... d'éducation, dans son éducation initiale et donc, donc dans une deuxième phase y'avait un accompagnement, je dirais, chronique, euh, qui, qui rappelait un peu les choses et qui faisait qu'il restait dans la dynamique » (EE5)/ « cette nouvelle manière de soigner les gens où vraiment le patient est au cœur de la décision, finalement, thérapeutique et où il devient vraiment acteur de sa santé » (EE3), « y'a toute cette éducation thérapeutique de voir pourquoi est-ce qu'on fait les choses, le fait de pouvoir se projeter aussi quand on est, ben on a quand même eu maintenant des type 2 qui deviennent de plus en plus jeunes » (EE3).*

La notion d'évaluation de l'ETP apparaît une fois : *« ce qui fait partie intégrante de l'ETP c'est l'évaluation » (EE3).*

3.2.4. La formation

3.2.4.1. La formation au sein du réseau

Il ressort des entretiens un fort apport des formations proposées au sein du réseau aux professionnels qui le composent : *« il y avait une formation, on va dire, voilà, constante » (EE7), « (...) partait en congrès, on partait beaucoup en formation aussi. Donc on a eu... Toujours dans ce côté excellence on a eu des pontes de la diabéto qui sont venus, ou de la*

cardio hun... » (EE6), « La formation constante et permanente » (EE4), « ça nous a permis quand même d'être très très bien formés. » (EE7).

La formation ne s'arrêtait pas aux locaux du réseau puisque les professionnels allaient régulièrement à l'extérieur pour se former : *« Avant on allait régulièrement à des salons... Salon du diabète tous les ans » (EE4)*

3.2.4.2. *La formation ouverte sur le libéral*

Le partenariat entre le réseau et le libéral prenait corps dans la formation continue, proposée régulièrement par le fondateur du réseau. Son importance ressort particulièrement dans les entretiens : *« (...) communiquait beaucoup et euh et préparait/prévoyait des réunions, aussi bien, bien sûr sur le plan médical, les formations professionnelles pour les médecins mais également, il faisait, il prévoyait, il proposait des formations, des euh conférences grand public » (EE1), « les temps de formation pour les praticiens de ville... C'était quand même bien fréquenté » (EE1), « les réunions grand public qu'il proposait » (EE1), « les soirées de formation continue. Euh... Qui était quand même, voilà, on arrivait à 50 60 participants » (EE2), « J'pense que si vous discutez un peu avec les médecins, ce qu'ils retiennent du réseau avant 2014 (...) c'est les formations médicales de qualité » (EE6), « Il y avait carrément des programmes de formation qui étaient validés, ce qu'on appelle maintenant DPC » (EE1), « Il conviait les médecins traitants généralistes pour des euh, soirées de formation » (EE4), « Y'avait une dynamique autour de la formation continue » (EE6). Ces réunions qui ont surtout l'air d'être adressées aux médecins généralistes du Sundgau étaient en fait ouvertes à d'autres professionnels de santé : *« puisqu'il y avait médecins, paramédicaux, qu'on invitait ensemble » (EE2), « c'était surtout**

la formation qui, qui créait une dynamique. Ça a aussi créé une vraie dynamique entre les différents professionnels. Parce que euh, avant le réseau, les infirmiers, les podos et les pharmaciens et les médecins se rencontraient jamais. » (EE5)

3.2.5. La recherche

Une petite partie des entretiens met en avant la partie recherche au sein du réseau : *« c'est ce travail de recherche, d'être toujours à la... à l'avant-garde, d'être en contact des collègues à droite et à gauche et des informations » (EE2), « je participais à un groupe de recherche qui s'appelait le CREPED à l'époque au niveau national, avec des hospitalo-universitaires, on se retrouvait régulièrement. Puis j'étais aussi en contact avec des collègues en Suisse » (EE2)*

3.2.6. Le financement

Lorsqu'on aborde la question du financement du RSHA, il ressort des entretiens que les connaissances sur le mode de financement de l'ancien réseau varient. *« En fonction du nombre de PPS qu'on envoyait y'avait un budget » (EE6), « en fonction de la file active on avait un budget » (EE6), « il me semble que dès le début on a dû faire des évaluations et c'était toujours assez stressant ces évaluations qu'on a dû faire par rapport à l'ARS pour pouvoir avoir le financement pour les 4 ans à venir... » (EE4).* La notion d'une certaine souplesse ressort également *« on vous avait octroyé une somme et même si les objectifs étaient pas vraiment atteints, on vous posait pas trop de problème. Ce qui dans l'absolu n'est pas normal. » (EE5), nuancée cependant « y'avait certes des obligations financières parce qu'on pouvait pas dépasser, on pouvait pas dépasser les financements qui nous étaient octroyés. » (EE5).* La

gestion en interne du financement est rarement évoquée : *« ça correspondait à un certain nombre de patients, hun, faut pas se leurrer, parce que tant et tant de patient ça fait forcément tant et tant de budget plus trente pourcent de frais de fonctionnement donc on savait pertinemment combien allait tomber à la fin de l'année et donc il augmentait le personnel en fonction »* (EE6).

Pour les aspects plus complexes du financement, certains évoquent une disparition de cette souplesse accordée au début avec la fin de l'ancien réseau : *« avant la fusion, on est quand même passé par une phase de, comment dire... euh... De, de rigueur, j'avais appeler ça de rigueur financière, où déjà on avait des files actives et si on arrivait pas à atteindre une file active à certains moments de l'année, il fallait, ben il fallait, rendre de l'argent, ou on recevait pas... parce qu'on recevait l'argent par, tous les 4 mois, donc on touchait plus les 4 mois qui restaient pour payer les gens. »* (EE5). Il en ressort également l'inadéquation entre le terrain et les financeurs : *« Le seul retour étant c'est que...l'estimation économique, c'est pas à 10 ans qu'on l'a fait, c'est à 3 mois c'est à 6 mois... C'est dans cette logique là... Et là clairement ça commence à coïncider... »* (EE2), *« en Alsace, le Sundgau on avait les meilleurs taux d'hémoglobine glyquée. C'est. Mais. Voilà. Est-ce... ça ça rentre pas dans la catégorie intéressante des financeurs. (soupirs) »* (EE2).

3.2.7. Les moyens de communication

3.2.7.1. La formation aux professionnels de santé

Plusieurs insistent sur le fait qu'une formation de qualité était délivrée aux différents professionnels de santé du secteur : *« (...) avait le... la nécessité, l'obligation de faire des*

réunions avec les médecins des environs, et donc il faisait des réunions d'informations, des choses comme ça et puis il faisait une lettre qui était diffusée aussi aux médecins traitants et aux adhérents du réseau » (EE4). La formation aux professionnels de santé déjà évoquée revient régulièrement comme moyen de communication.

3.2.7.2. *Les conférences tout public*

Une conférence se tenait régulièrement pour tout à chacun qui souhaitait y participer « (...) organisais une conférence tout public annuelle » (EE2), « c'était un peu le rendez-vous annuel des patients qui se retrouvaient et qui pouvaient percevoir qu'ils n'étaient pas seuls » (EE2), « ça permettait voilà, quand même aux gens de se retrouver, de se...s'encourager. » (EE2)

3.2.7.3. *Un compte-rendu pluriannuel*

Un compte-rendu pluriannuel était rédigé sous forme de lettre : « en termes de moyen de communication, y'avait cette euh, ce compte-rendu annuel pluridisciplinaire » (EE2), dont sa définition est donnée ci-après : « le principe de la lettre du réseau...et de l'association, ça tenait sur une feuille. Euh, c'était de pouvoir lu et et diffusé à la fois au professionnel et au patient. Ce qui permettait qu'y ait pas de jalousie, qu'y ait pas de fausse trappe. Et, et l'idée c'était que ça pouvait être partagé en consultation entre le libéral et son patient » (EE2).

3.2.7.4. *Les moyens de communication conventionnels*

De manière plus conventionnelle, plusieurs moyens de communication sont évoqués tel que la presse, le bouche à oreille, ou même la télévision : « *Il y avait le bouche à oreille, la presse... Je pense qu'il est même passé à a télé une ou l'autre fois* » (EE1), « *soit par le bouche à oreille* » (EE7), « *Il faisait régulièrement des petits articles dans le journal* » (EE4). Le démarchage direct auprès des professionnels de santé est également évoqué : « *j'ai pris mon bâton de pèlerin et je suis allé voir tous les généralistes, tous les podologues individuellement, euh, j'ai... J'ai vraiment fait, vraiment poussé pour qu'il y ait de l'information continue.* » (EE5)

3.2.7.5. *La non nécessité de communiquer*

A côté des moyens mis en œuvre, certains soulignent l'absence de besoin de communiquer pour être connu : « *Pas sure qu'on avait besoin, j'ai pas connaissance, on f'sait pas trop de pub sur le réseau, on en avait pas à l'époque, les flyers, des choses comme ça. On n'avait pas besoin d'aller démarcher les pharmacies ou des trucs...* » (EE7), « *Mais en termes de communication, j'crois qu'on n'avait pas besoin de tant que ça finalement.* » (EE6).

3.2.8. *La relation réseau-ville*

Dans la continuité du point précédent, le rôle du médecin traitant et les relations entre le réseau et l'extérieur est un point soulevé de façon récurrente par les personnes interrogées : « *en fait je pense que ça tournait tout seul via les médecins traitants* » (EE7).

Certains soulignent la volonté affichée de donner aux généralistes une place importante dans le circuit du patient au sein du réseau : « *Je voulais m'assurer que, que les généralistes, les libéraux avaient leur mot à dire et qu'ils seraient pas juste, euh... un vivier de, de, de... de personnes diabétiques pour l'hôpital* » (EE5), dans un monde hospitalier pas toujours tourné vers l'extérieur « *finalement, le réseau, l'hospitalo-centrisme s'est ouvert...* » (EE5), « *(...)essayé d'être attentif à... A garder le bon lien avec les collègues généralistes, avec les collègues libéraux* » (EE2), « *C'était complémentaire à c'que faisait le médecin traitant* » (EE7).

La communication se faisait essentiellement au moyen de courrier : « *parfois on appelait le médecin traitant, ou faisait un courrier au médecin traitant pour lui suggérer ça ou ça, une hospitalisation ou un changement de traitement, les rendre attentifs à certaines choses* » (EE4), « *les courriers intermédiaires en cas de besoin* » (EE2), « *et lorsqu'il y avait un souci qui dépassait la compétence interne de cette équipe, en termes d'objectif thérapeutique ou de parcours de soins, je prenais contact avec le collègue libéral, soit par téléphone soit par courrier, pour faire des propositions* » (EE2)

Le regard des généralistes sur le réseau et l'utilisation qu'ils en faisaient est variée : « *certains généralistes ça les arrangeaient bien parce qu'ils pouvaient se décharger de cette partie-là, d'autres qui n'adhéraient pas du tout parce qu'ils trouvaient ça trop intrusifs. Et la plupart qui étaient au centre qui... qui euh... qui étaient contents que l'éducation thérapeutique en tant que telle était faite parce qu'ils avaient pas le temps* » (EE5)

En dehors des généralistes, le réseau se voulait aussi tourné vers les autres professions de la santé : « *Ceux qui étaient le plus simple à convaincre finalement c'étaient les infirmiers. Euh... qui s'y retrouvaient parce qu'ils avaient, ils s'y retrouvaient pour la formation mais aussi dans leur place, dans la place, c'est eux qui ont adhéré le plus rapidement* » (EE5), « *Les podologues*

ils y ont trouvé un intérêt, maintenant y'a un, une prise en charge par la sécurité sociale, mais on avait un financement dérogatoire des, des soins podologiques donc il s'y retrouvait aussi pour ça » (EE5). Pour en revenir aux fameuses réunions de formation, ce lien entre réseau et professionnels de santé réapparaît : « Parce que euh, avant le réseau, les infirmiers, les podos et les pharmaciens et les médecins se rencontraient jamais. Et là tout le monde se rencontraient et ça créait un lien qui allait au-delà du réseau » (EE5).

3.2.9. Les freins et difficultés

3.2.9.1. Liés à l'organisation du réseau

En premier lieu, certains soulignent la difficulté d'accès au réseau en raison de l'amplitude restreinte des horaires des consultations et autres activités : « *La, la seule, le seul bémol, c'est que c'était un service qui était ouvert qu'aux heures de bureaux. Donc c'étaient essentiellement des gens qui étaient en capacité de venir en heures de bureau » (EE5).*

Le recrutement des patients est également décrit comme limité à cette époque-là : « *les gens qui venaient par le bouche à oreille au départ c'était pas possible » (EE3), « Parce que le recrutement se faisait que par le médecin traitant ou par l'hôpital » (EE3).*

Le réseau n'étant pas uniquement basé à Altkirch, déjà au temps du RSHA, les inégalités en fonction du territoire sont aussi une des difficultés évoquées : « *A Thann c'était plus difficile, je le reconnais » (EE2), « Et j'ai eu du mal à faire, quand on a voulu étendre sur Thann... J'ai eu du mal à vendre le réseau et d'ailleurs il n'a jamais vraiment bien marché sur Thann » (EE5).*

3.2.9.2. Le réseau vu comme un « club fermé »

« C'était un certain nombre de diabétiques, qui allaient régulièrement pendant des années, qui étaient, qui avaient de bons résultats parce que finalement c'était les bons sujets qui étaient rentrés dans l'éducation thérapeutique. Et euh... ça s'ouvrait pas trop sur l'extérieur » (EE5),
 « c'était un peu la critique des... des généralistes, c'était un club fermé » (EE5)

3.2.9.3. Des difficultés d'homogénéisation en Alsace

Une des critiques formulées est la difficulté d'homogénéiser sur un même territoire les pratiques des différents réseaux semblables au RSHA : « y'a eu quelques petites difficultés à homogénéiser les choses entre les différents réseaux » (EE5), « tous les réseaux ne s'entendaient pas forcément très bien entre eux » (EE6).

3.2.9.4. Des difficultés administratives

Quelques difficultés administratives ressortent des entretiens : « Les difficultés ont été, je dirais, sensiblement administratives...A l'époque c'était pas simple non plus. Il fallait monter les dossiers, 'fin... fallait tout concevoir (rires) » (EE2), « Il faut quand même faire du chiffre, ça c'était toujours là, toujours chercher des sous pour financer le réseau... L'ARS, les contrats, l'évaluation quadriennale qu'ils demandent tous les 4 ans, rendre des comptes, rendre des comptes de notre travail. Et rendre des comptes pour un travail... Comment voulez-vous évaluer l'éducation thérapeutique et rendre des comptes chiffrés sur quelque chose qui est de l'ordre de la relation, de la psychologie, de... déclencheur personnel de, de chaque personne malade... C'est très difficile quoi. » (EE4).

Dans la communication également, des freins ressortent : « *Alors peut-être qu'à l'époque c'était beaucoup l'écrit, des courriers, euh. Bon, ce PPS, je sais pas si c'est forcément... pfff, moi je sais pas si c'était la... c'était très administratif, est-ce que c'était la meilleure...* » (EE3), « *La communication... Alors ça c'était peut-être un des freins. Si je dois retenir sur un frein. Parce que je sais qu'après, 'fin, du coup, sur les deux dernières années, 'fin sur les trois dernières années oui on a, on avait travaillé plus le volet comm'* » (EE3)

Le réseau apparaissait également comme très hiérarchisé : « *On nous demandait pas toujours notre avis, c'était quand même toujours très hiérarchisé* » (EE7)

3.3. La fusion : quand le Réseau Santé de Haute-Alsace devient le Réseau Santé Sud Alsace

3.3.6. Des modifications de fonctionnement

La fusion avec l'ASPREMA est décrite comme « un carambolage de projets » (EE2) ou bien un « carambolage d'objectifs » (EE2), ainsi que comme un « choix institutionnel » (« *c'était, c'était un choix institutionnel, c'était pas du tout un choix ni de notre part... Pas tant parce qu'on s'entendait pas, mais les logiques c'était pas les mêmes* » (EE5))

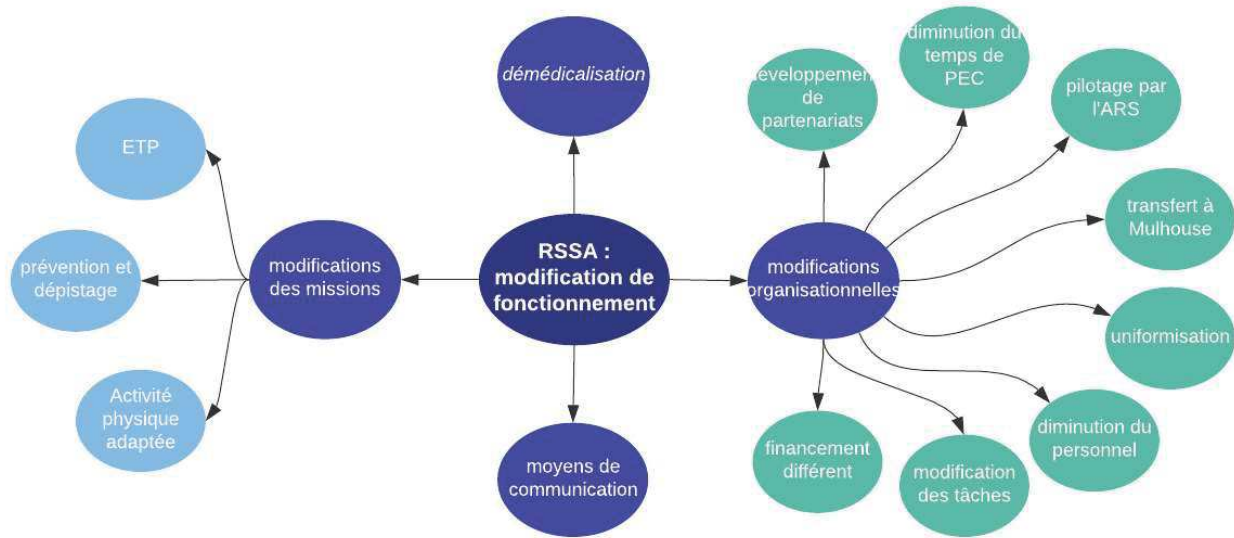


Figure 7 : Le Réseau Santé Sud Alsace : modifications de fonctionnement

3.3.1.1. Modifications organisationnelles

Les modifications organisationnelles semblent ressortir au premier plan et sont de différent ordre :

3.3.1.1.1. La réduction de la durée de prise en charge

Petit à petit, passées les années 2010, une réduction progressive de la durée de prise en charge a eu lieu. Initialement illimitée, celle-ci est devenue limitée à une année lors de la fusion. « *Les files actives sont apparus, avec une prise en charge qui devait se borner à une année, et fallait justifier si on allait plus loin, du moins fallait réécrire un nouveau contrat* » (EE5), « *Une réduction de durée de prise en charge* » (EE2), « *initialement une, y'avait pas de restriction, du fait... qui tout à coup est devenu 4 ans. Donc c'était un peu compliqué. Puis, 3 ans et puis tout à coup un an* » (EE1), « *la prise en charge elle est plus pareille... Et puis le fait qu'il y a un an... Alors c'était, c'était... Moi j'étais là encore, j'ai encore fait beaucoup de*

consultations à l'époque ou la durée de prise en charge a passé d'abord 3 ans et puis un an... Les patients ont pleuré, ça a fait des scandales à la piscine » (EE6).

3.3.1.1.2. Le pilotage par l'ARS et le transfert du réseau à Mulhouse

Au moment de la fusion, l'ARS a eu la main sur le fonctionnement du réseau (et globalement sur le fonctionnement des réseaux) et a « imposé » un certain nombre de choses. Parmi elles, la fusion bien évidemment avec l'ASPREMA et donc la délocalisation sur Mulhouse de la gestion du RSSA : « *C'était juste la logique de l'ARS. On nous a dit, le réseau maintenant c'est Mulhouse » (EE6), « l'ARS a quelque part mis en place, imposé un certain nombre de choses et vous êtes quand même effecteur d'une politique, d'une politique régionale... » (EE5), « c'est l'ARS qui fixe les règles » (EE4). Il en a découlé une organisation géographique différente : « *C'était, c'était aussi une organisation qui commençait à être différente. Parce que de mon petit confort à Altkirch, dans ce bureau, avec mes horaires... il fallait aller à Mulhouse de temps en temps. » (EE6). Certains pointent les difficultés suite au passage d'une ARS Alsace à une ARS Grand Est : « plus simple lorsqu'il y avait une ARS locale Alsace » (EE1).**

Au-delà de l'ARS, l'action du réseau s'intègre dans le Plan Régional de Santé en cours : « *... rentre directement dans le cadre de la loi santé, du plan régional de santé 2018-2028 » (EE1).*

La lourdeur administrative qui découle de ce pilotage par l'ARS est régulièrement soulignée : « *il faut se familiariser avec le langage administratif » (EE1), « les autres actions, il faut les... il faut les présenter, les préparer d'une certaine façon, qui, qui relève plus, bien sûr c'est la coordination entre l'administrative qui sait gérer les réponses aux cerfa mais aussi les*

professionnels qui alimentent le programme de ces cerfa pour obtenir les financements. »
(EE1).

Certains voient cette autorité de l'ARS comme une fatalité : *« Mais c'est comme ça, c'est l'ARS on doit faire avec, et je m'adapte et je fais avec. »* (EE4).

Parmi les demandes de l'ARS, le PPS (Plan Personnalisé de Santé) est mentionné : *« ce PPS qui était... demandé par l'ARS »* (EE3).

3.3.1.1.3. Une uniformisation sur le territoire

« Et puis ensuite y'a eu la région Grand Est où alors là il a été question de nouveau, une conception assez administrative, de vouloir uniformiser » (EE2), *« Y'a une dizaine d'années a commencé à poindre l'objectif de, d'uniformiser euh... les différents réseaux d'Alsace »* (EE2)

3.3.1.1.4. Une diminution du personnel

« Je sais qu'y'a encore deux infirmières donc euh, y'a quand même... On était 7 avant. Deux maintenant. Alors je pense qu'en terme de... Là faudrait... Je sais pas ce qu'elles peuvent encore proposer en termes de prise en charge, d'ateliers... Elles ont dû réduire » (EE3).

3.3.1.1.5. Modification de leurs tâches au quotidien

Dans le quotidien, les tâches des professionnels se sont modifiées, avec notamment la multiplication de groupes et d'ateliers : *« Après effectivement l'ARS à partir d'un moment nous*

a demander plus de groupes » (EE3), « ...modifié d'une certaine façon les tâches des professionnels » (EE1), « c'était une demande aussi de l'ARS de faire plus de collectif, de faire plus d'atelier » (EE7).

3.3.1.1.6. Un financement différent

Le mode de financement du réseau a évolué au fil des années. Au niveau du RSSA, c'est la complexité et l'augmentation de la part d'administratif qui ressort des entretiens : *« Donc maintenant c'est plus compliqué dans la mesure où le réseau doit, il y a une modification des modes de financement, donc le réseau doit aussi se promouvoir et chercher l'équivalent de marchés » (EE1).*

Les financements ont baissé, à frais de fonctionnement égaux : *« Et la prévention avec les 150 actions ou les 140 on a eu 90 000 ou 110 000€. Avant on avait des budgets de 800 000 - 900 000€ donc... et on est autant de personnel. » (EE6), « Et les frais de fonctionnement ont été enlevés. On avait juste encore les forfaits pour les inclusions et les réévaluations. » (EE6), « une partie, tous ces frais de fonctionnement ne rentrent pas dans les attributions financières, si vous voulez, de nos actions » (EE1), « les financements sont relativement euh restrictifs » (EE1).*

Sur ce point également, c'est l'ARS qui fixe les règles en matière de financement : *« C'est vrai que là déjà on voyait que l'ARS finançait surtout des programmes courts, tout commençait à devenir compliqué dans la validation des programmes d'ETP, c'est financier... » (EE3), avec entre autres considérations pour l'attribution des budgets, le nombre de PPS établis (représentatifs de la file active) : « On était finalement rémunéré aux PPS qu'on sortait » (EE3).*

3.3.1.1.7. Le développement des partenariats

Dans ses différentes actions, le RSSA a dû asseoir et étendre ses partenariats. Ces derniers peuvent être les collectivités (ville, communautés de communes,...) : « *on travaille aussi en permanence avec la ville de Mulhouse* » (EE1), « *pour les missions maintenant mission prévention avec les Comcom, les villes, les mairies* » (EE1), avec une participation active aux différents projets mis en place (Contrats Locaux de Santé, Communauté Territoriale de Santé,...) : « *je pense qu'il fallait qu'on soit aussi dans tous ses réseaux, les élaborations des contrats local de santé, de... de, ah je sais jamais, de CPRS ? A Mulhouse là... CPTS* », « *Mulhouse Agglo, donc euh une grande structure, a donc euh, fait tous les travaux pour créer une CPTS. Et le réseau a sa place* » (EE1).

Les partenariats se font également avec le milieu médico-social : « *la place du réseau s'est élargie, en fait on a travaillé pour faire connaître auprès de toutes les instances euh on va dire, du milieu socio médical, où on est censé apporté la compétence du réseau, pour la prévention* » (EE1), « *On a travaillé avec Caritas, le GEM* » (EE3), et le milieu socio-culturel : « *on communique dans le cadre de la mission 2 avec toutes les structures sportives* » (EE1).

Les autres partenaires évoqués sont les autres réseaux du territoire (« *travailler avec l'ensemble des réseaux du territoire. Chose que je sais qu'ils sont en train de mettre en place* » (EE3)), et le milieu du travail : « *et puis toutes les, même les, on a visité des usines, des salariats* » (EE1), « *On travaillait aussi avec la santé au travail* » (EE3).

3.3.1.2. Une démedicalisation du réseau

Avec la fusion, l'ARS a clairement affiché une volonté de démedicaliser le réseau et de le remettre à sa place d'appui à la médecine générale : « *l'ARS qui ne souhaitait plus avoir des spécialistes dans ces réseaux* » (EE1), « *Le réseau était à destination, en appui aux généralistes* » (EE1), « *le côté avis du spécialiste, n'existait plus* » (EE1), « *Mais il n'y avait plus du tout le côté, euh, prescription* » (EE1), « *ça s'est plus centré sur l'éducation thérapeutique et moins sur l'accompagnement médical, parce que y'avait toute une partie qui était accompagnement médical, ça a plus ou moins disparu et c'était vraiment sur l'éducation thérapeutique, avec des choses, des objectifs précis, avec... et donc un reporting de la part des équipes* » (EE5).

3.3.1.3. Une modification des missions du réseau

Avec la fusion avec l'ASPREMA, les missions du réseau se sont modifiées et ont évolué.

3.3.1.3.1. La mission d'éducation thérapeutique du patient

Concernant le réseau « nouvelle formule », les professionnels rappellent que la mission n°1 d'éducation thérapeutique reste « *la mission 1 restant l'éducation thérapeutique du patient qui était la mission initiale* » (EE1), « *...association de professionnels de santé formés à l'éducation thérapeutique du patient* » (EE1), « *les professionnels ont la possibilité de comprendre ce que le patient connaît de sa maladie, la possibilité de leur donner les informations complémentaires et de les suivre* » (EE1).

La prise en charge des patients ne se limite plus aux patients diabétiques mais également aux patients obèses et avec facteurs de risque cardio-vasculaires : « *on avait déjà pris les patients*

obèses, donc on a aussi ouvert la porte aux patients cardio-vasculaires. On a dû uniformiser les dossiers, la manière de travailler. » (EE4), « on a ouvert à l'obésité et au moment de la fusion avec l'ASPREMA on a rajouté le cardio-vasculaire » (EE4), « tout ce qui concerne l'ETP, l'évolution c'est surtout sur l'ouverture des autres pathologies » (EE7). Une des modifications majeures est la prépondérance de patients obèses suivis par le réseau selon certains : « disons on a un public différent, c'est-à-dire ça touche plus de monde, notamment l'obésité » (EE7), « l'obésité s'est rajoutée dans la prise en charge et domine quasiment notre activité. » (EE7).

La mission première d'éducation thérapeutique du patient s'est modifiée : « *La réduction dans la notion d'éducation thérapeutique » (EE2), « Là depuis quelques années, on fait seulement encore, à mon avis, c'est plus de l'éducation thérapeutique c'est de l'information à la santé » (EE6), « Euh, donc la définition du RSSA aujourd'hui c'est ... C'est de la prévention et de l'information. Mais c'est moins une prise en charge globale » (EE4), mais avec une place toujours très importante dans le suivi des patients : « Je pense de toute façon une grosse proportion de notre population, de nos patients, de nos malades sont atteints de ces trois pathologies dans nos régions, notre secteur et le réseau a vraiment une place importante à occuper pour cette prise en charge. » (EE1)*

Dans le fonctionnement du réseau, l'équipe pluridisciplinaire est toujours présente : « *patient reçu par une infirmière puis par.... Puis et ou par la diététicienne et ou l'éducatrice médico sportive, le psychologue si besoin » (EE1), « ... le podologue qui intervient pour informer les patients et et leur apprendre les soins des pieds des patients diabétiques » (EE1)*

Il en découle une réécriture complète des ateliers et propositions faites au sein du réseau : « *Donc on savait que nos ateliers étaient bons donc on les a pris on les a mis là-bas, et après on les a bougés un tout petit peu avec toute l'équipe. Mais disons, on a pris c'était ici et*

puis on l'a copié là-bas, on n'a pas changé... » (EE6), « On nous a vraiment demandé de tout refaire. Et là on a réécrit, on avait écrit tous les ateliers, toutes les prises en charges, enfin vous regarderez. C'était un travail absolument monumental » (EE6), « Des documents différents, donc on a réécrit, enfin moi j'ai réécrit tous les ateliers en fonction de c'qu'ils faisaient, de ce qu'on faisait. Mais ensemble, ça on l'a fait ensemble » (EE6)

3.3.1.3.2. La mission de prévention et de dépistage

Tout un nouveau volet est apparu avec la fusion et la transformation du réseau : la promotion de la santé, englobant prévention et dépistage.

Celle-ci se manifeste surtout au travers d'actions de prévention : *« c'était, la promotion de la santé, les actions aussi, alors ça s'est plus développé les trois dernières années, alors ça, c'était aussi très intéressant, de s'adresser au grand public, de faire des actions là où finalement on nous attend pas forcément, mais là où sont les gens, de dépistage, euh... Donc là on, alors c'est l'inverse un peu de l'ETP » (EE3), « le réseau est sollicité pour faire des actions de prévention » (EE1), « y'a maintenant les actions qui sont venues par la suite, les actions qu'on doit faire à l'extérieur, de prévention, de sensibilisation, de dépistage, des choses comme ça » (EE4), « la promotion de la santé quand même, ça a été plus renforcé » (EE3). Ces actions se tiennent dans différents cadres et différents lieux : handicap, pauvreté, quartier, en entreprise,.. : *« actions de prévention auprès, dans les quartiers de Mulhouse toujours concernant effectivement l'activité physique, la diététique » (EE1), « aller sur le terrain, faire des dépistages de diabète, recevoir, échanger avec des personnes, aller rencontrer des associations qui demandent que le réseau, la diététicienne ou les infirmières interviennent pour**

faire des informations...dans des structures de personnes en situation de handicap, dans les ESAT... Dans d'autres structures, mais aussi au niveau des salariés de certaines entreprises qui nous sollicitent ou que nous on doit, a qui nous on doit proposer d'intervenir » (EE1), « Parc'qu'y a tout le volet social, promotion de la santé auprès du milieu du handicap » (EE3).

Sont également apparues des missions de prévention et de dépistage : *« Les différentes prestations de dépistage qui s'écartaient du, du dispositif » (EE2), « Puisqu'au départ on ne faisait que de l'éducation thérapeutique et on était bon. Et puis au bout d'un moment on nous a demandé de faire aussi de la prévention. Sans aucune formation, sans rien. » (EE6), « des missions différentes, qui ont été demandées au réseau, et qui sont donc des missions de prévention » (EE1)*

3.3.1.3.3. L'activité physique adaptée

En parallèle aux missions d'ETP et de prévention s'est développé le volet « activité physique adaptée » : *« le réseau doit développer cette activité physique adaptée, dans le euh, au GHT12, qui est l'ancien secteur de santé 4. » (EE1), « promouvoir l'activité physique adaptée » (EE1), tout cela en parallèle du dispositif Prescri'mouv, piloté par la région Grand Est : « on propose aussi l'activité physique mais derrière on a tout le dispositif Prescri'mouv qui doit permettre aussi de prendre, même à l'issu de la prise en charge en ETP ces patients qui ont besoin d'être motivés pour poursuivre de manière pérenne l'activité physique » (EE1), « le réseau est opérateur pour mettre en place l'activité physique adaptée, qui est donc, le dispositif Prescri'mouv. C'est le dispositif Grand Est » (EE1).*

Le rôle du réseau en amont est de coordonner l'activité physique sur le terrain pour permettre aux personnes pouvant en bénéficier de profiter de l'offre du territoire : « *mailler le territoire, de sorte à pouvoir proposer des créneaux d'activité physique adaptée à toutes ces personnes... de sorte à ce que ce soit pérenne* » (EE1), « *la mission, c'est euh, contacter les clubs sportifs, les informer sur les cahiers des charges de l'APA. Et, les accompagner, pour obtenir la labellisation, parce que le cahier des charges, les formations, etc* » (EE1).

Cette mission d'activité physique a été formalisée en 2018 au sein du RSSA : « *mission 2 donc ça, ça été formalisé en 2000... fin 2018, qui est donc la mise en place de l'activité physique adaptée* » (EE1).

3.3.1.4. Une modification des moyens de communication

Une des plus importante modification en terme de communication qui est mise en évidence est l'utilisation d'internet et des réseaux sociaux : « *Maintenant le site est plus animé, plus attractif, y'a plus de choses régulièrement mise dessus* » (EE4), « *Maintenant on a une page Facebook, on a même une page YouTube* » (EE3), « *... promotion de santé, tu, faut être là où sont les gens, alors c'est les réseaux sociaux* » (EE3), « *Le site du réseau qui est quand même nourri assez régulièrement ... et y'a la page Facebook aussi* » (EE4).

Cette communication est plus travaillée : « *oui on a, on avait travaillé plus le volet comm'* » (EE3).

L'accès au réseau s'est également modifié : « *Là aujourd'hui, nombreux patients viennent du bouche à oreille d'eux même, ils viennent parce qu'ils nous ont vu sur les actions. Et donc ils viennent, ils viennent voir.* » (EE6).

La communication entre professionnels de santé a cependant fait un bond en arrière : « moi j'tenais vraiment à ce qu'il y ait régulièrement un courrier, de la diététicienne, ou la... Tout ça ça n'existe plus. On a un compte-rendu, j'dirais à l'entrée et à la sortie mais rien entre » (EE5).

3.3.2. Les freins et difficultés soulevés au niveau du RSSA

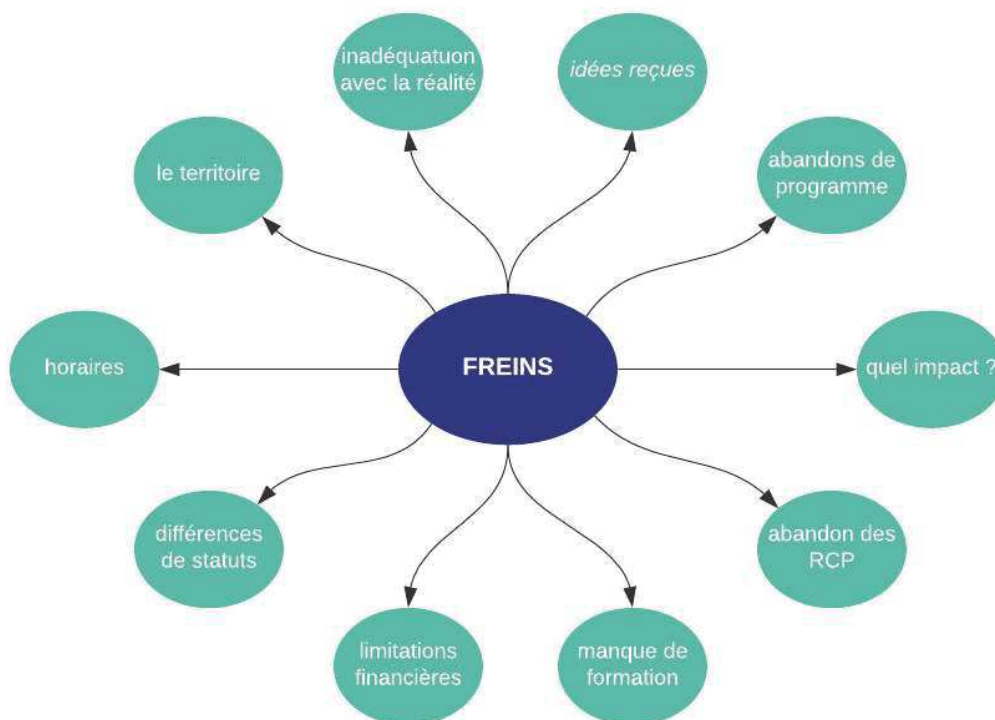


Figure 8 : Les freins constatés au RSSA

3.3.2.1. L'inadéquation avec la réalité du terrain

Plusieurs personnes interrogées soulignent une différence entre ce qui est demandé au réseau et la réalité sur le terrain : « C'est beau de donner des conseils mais c'est sur le terrain qu'il faut que ça change. » (EE4), « après y'a la réalité du terrain et faudrait qu'y'ait plus de connexions entre les deux » (EE3), « C'est vraiment des gens, des administratifs qui ont une certaine idée

de la santé, et des concepts de santé, mais après en pratique ben oui un handicapé sait pas forcément lire » (EE3), « y'a quand même un problème de pratique de terrain » (EE3).

3.3.2.2. *Une problématique liée au territoire*

Le RSSA couvrant un territoire plus vaste, la difficulté d'accès au réseau apparaît comme un frein : *« La configuration de... du territoire qui fait que, le Sundgau entre Ferrette et Altkirch ça peut être loin pour certaines personnes » (EE3), « on a quand même une population âgée, qui a du mal à se déplacer, si c'était pas à nous... ça j'ai vu quand j'étais en formation dans d'autres réseaux, ils se déplaçaient... » (EE3).*

3.3.2.3. *Des horaires inadaptés*

Les horaires de bureau peuvent être inadaptés pour la population de plus en plus jeune fréquentant le réseau : *« on s'interrogeait par rapport à la population jeune c'était les horaires, par exemple dans la prise en charge de l'obésité c'était plutôt un public féminin, plus jeune, qui travaille, qui ont des enfants, les RDV l'après-midi je comprends qu'ils prennent pas une journée de congés » (EE3), « Alors des gens qui travaillaient en suisse ou des gens qui, qui avaient des horaires, qui pouvaient pas adapter leurs horaires ils avaient pas la possibilité d'être accompagné par le réseau. » (EE5).*

3.3.2.4. Idées reçues sur le réseau et disponibilité réduite

Réseau fermé ? C'est une information qui a beaucoup circulé au moment de la fusion... « *il y a quand même encore des patients à l'hôpital qui pensent que le réseau est fermé* » (EE3), « *Autant on est plus visible parce qu'on agit différent, autant est-ce qu'on s'éparpille et du coup euh, bon après avec cette fusion les gens ont plus rien compris, est-ce qu'on est là est-ce qu'on n'est pas là...* » (EE7)

A Mulhouse, même constat sur les amalgames et la méconnaissance du RSSA : « *Les médecins traitants faisaient quand même, dans la région mulhousienne... J'suis pas sûre qu'ils aient bien compris notre rôle. Et j'suis pas sûre qu'ils savent qui est le réseau santé sud alsace. Ils font encore l'amalgame avec l'ASPREMA, ils le font encore.* » (EE6).

Ces idées reçues découlent directement des modifications de prise en charge, notamment sur la diminution du temps de prise en charge « *Et maintenant euh, ben voilà 4 ans, 3 ans, et puis là une année. Ou c'est super court. Que ce soit pour nous, que ce soit pour le patient, des deux côtés y'a une frustration, par moment, même souvent* » (EE7), et les difficultés en termes de disponibilité : « *C'est pas toujours évident d'avoir un RDV rapproché... La disponibilité...* » (EE3), « *Mais c'est quand même la grosse difficulté, c'est de se dire que c'est quelque chose de ponctuel. Ça reste très court dans leur parcours à eux, dans leur vie, dans leur prise en charge...* » (EE7). Il en résulte un parcours souvent court et superficiel : « *on va pas assez au fond des choses par rapport à ce que j'ai connu moi.* » (EE4).

3.3.2.5. *Des abandons de programme plus fréquents*

Les abandons de programme sont plus fréquents actuellement : « *Et j'pense que les patients ont plus la même motivation parce qu'on se rend compte que les abandons de programme y'en a beaucoup plus* » (EE6).

Ils semblent provenir entre autres d'un « trop plein » d'informations : « *On s'dit « ah ben celui-là il a besoin de ça tac tac tac » et quand il sort il a 7 rendez-vous et il peut pas les honorer, parce que c'est trop, parce que... Parce qu'on n'est pas sur sa vitesse à lui...* » (EE6).

3.3.2.6. *Des doutes sur l'impact du réseau*

Quel impact sur les patients en comparaison de l'énergie dépensée ? C'est une des questions que l'on retrouve à plusieurs reprises. « *J'ai le sentiment que c'est beaucoup d'énergie et de temps pour peu de retombées* » (EE4), « *Moi personnellement j'ai l'impression que ça devient plus un réseau d'information* » (EE4).

3.3.2.7. *L'abandon des réunions de concertation pluridisciplinaires*

Ces réunions qui apparaissent comme indispensables par le passé ont petit à petit disparu, et sont regrettées : « *Les réunions pluridisciplinaires une fois qu'il est parti on en avait plus* » (EE7), « *Et donc les RCP on les faisait plus et donc y'avait plus ces échanges au sein de l'équipe, cette richesse qui était pas forcément mise en commun...* » (EE6).

3.3.2.8. *Le manque de formation médicale*

Un autre regret est l'absence ou la raréfaction des formations à destination des professionnels de santé intervenant au réseau : « *la formation y'en a quasi plus* » (EE5), « *Disons ce qu'il nous manque c'est les informations des évolutions. On suit des patients diabétiques mais comment voulez-vous suivre un patient diabétique si vous n'êtes plus informé des évolutions et des nouveautés qui arrivent ?* » (EE4), « *Moi je trouve qu'il faudra associer les deux, le médical et l'éducation, pour aller au bout des choses ; Et là c'est un peu perdu tout ça* » (EE4), « *la formation médical, l'apport médical on l'a moins* » (EE7), « *Des problématiques qu'on peut avoir chez des patients obèses et on n'a pas toutes les réponses non plus et on aurait besoin...* » (EE7)

3.3.2.9. *Des différences de statut*

Différents types de contrats pour les salariés co-existent au sein même du réseau, ce qui peut poser quelques problèmes au sein de l'équipe : « *Parce qu'on est devenu une équipe, on a essayé de devenir une équipe. C'est toujours resté compliqué. Parce qu'il y a eu finalement l'équipe toujours mise à disposition avec un statut de mise à disposition et donc fonction hospitalière, et le personnel embauché en direct. Avec une convention différente, des avantages différents* » (EE6)

3.3.2.10. *Des envies de faire mais des limites*

Comme souligné plus haut, les financements sont également un frein, tout comme les directives de l'ARS : « *On peut pas tout faire, on aimerait faire des groupes de paroles, 'fin,*

d'autres choses sur l'image du corps, des ateliers, 'fin y'a plein de possibilités mais y'a un moment, on peut pas... On n'arrivera pas... Manque de temps, de moyen et parce qu'y'a les actions... La moitié de notre temps va être pris par les actions, c'est ça un peu la finalité, c'est que le réseau y'aura plus que la moitié ETP et... Voire peut-être un moment... On va... On déshabille l'un pour hab... 'fin vous voyez, pour pouvoir maintenir l'un et poursuivre l'autre... mais bon. » (EE7)

3.4. Le ressenti des usagers sur la période de fusion avec l'ASPREMA

3.4.1. Le ressenti négatif des professionnels sur la fusion

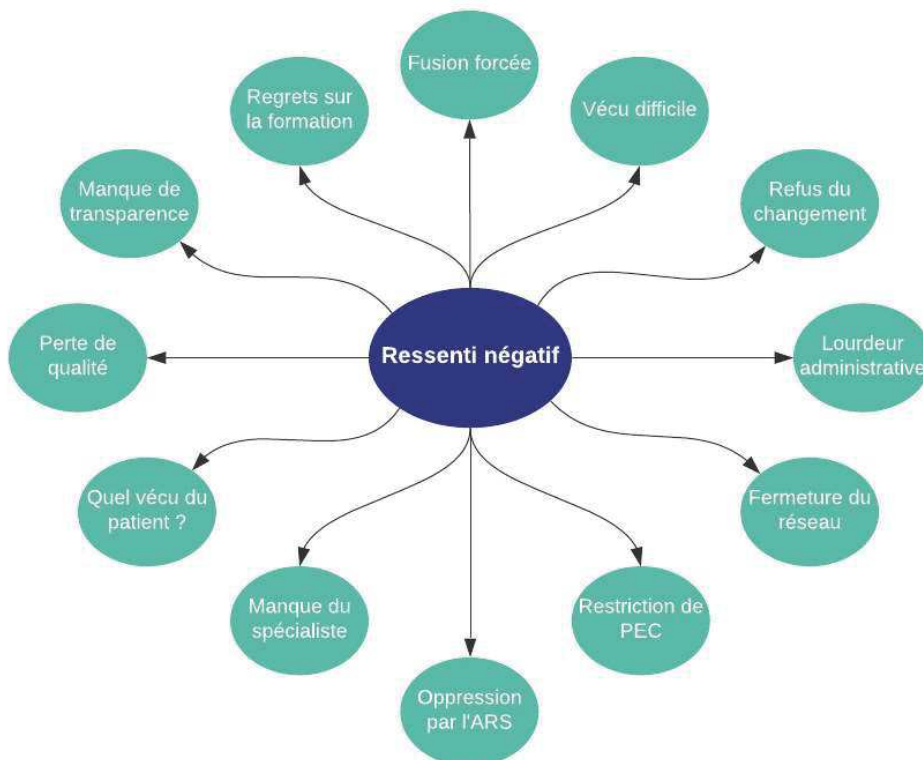


Figure 9 : Le ressenti négatif des professionnels

3.4.1.1. Une fusion forcée

La fusion est décrite comme forcée et mal vécue : « *la fusion s'est faite par, qu'est-ce que je pourrais dire... S'est faite.... De façon plus que forcée* » (EE5).

3.4.1.2. Un vécu difficile

Les équipes ont vécu ce changement avec difficulté : « *c'est une période qui était assez dure* » (EE5), « *c'était compliqué pour l'ensemble de l'équipe* » (EE3)

3.4.1.3. Le « refus » du changement

Certains entretiens sur l'avant fusion mettent en évidence une certaine amertume : « *C'est dommage c'est qu'il y a quelque chose qui a été créé, je crois qui avait montré son intérêt, y compris financier mais pas à court terme* » (EE2), « *Et qu'on ait été obligé de changer, moi ça m'a dérangé* » (EE3), « *pour quel résultat, là je suis, voilà, je ne pourrais plus répondre. Je, je, je ne suis pas sûr qu'on y ait trouvé des avantages* » (EE2).

3.4.1.4. Une lourdeur administrative

Un des points négatifs largement mis en avant dans les entretiens concerne la charge de travail administrative : « *une emprise administrative. Qui là aussi relève du harcèlement* » (EE2), « *maintenant l'ARS a mis des règles plus strictes en place et c'est un peu... J'ressens ça un peu une histoire de rendement et de chiffres.* » (EE4). Cela va de pair avec l'aspect financier

qui occupe une place importante dans la gestion et le fonctionnement du réseau : « y'a toujours l'aspect financier derrière, c'est ça qui est inquiétant » (EE3), « le nouveau réseau c'était pour moi le réseau de la difficulté, et des, des difficultés administratives » (EE6).

3.4.1.5. Un sentiment de fermeture du réseau

Ces modifications ont même entraîné une impression de fermeture du réseau : « on a entendu pas mal que le réseau était fermé » (EE3), « Moi j'ai quand même encore des patients à l'hôpital qui pensent que le réseau est fermé » (EE3), « Du coup c'est vrai qu'on entend encore « aah vous existez encore ! » même les femmes de ménage le mois dernier m'ont dit « ah mais des fois on vient, des bureaux... » (EE7), « Le tort que ça a fait c'est qu'les gens ont cru que le réseau fermait ou était fermé » (EE3).

3.4.1.6. Une restriction de prise en charge difficile à faire passer

L'impact de la réduction de la durée de prise en charge est non négligeable et souvent mal vécu : « on a dû renoncer à avoir certaines personnes, parce que c'était la fin du parcours, comme on a dû leur expliquer » (EE3), « dire non à certaines personnes, ça c'était compliqué » (EE3), « ce personnel a beaucoup souffert de la restriction de la prise en charge au fur et à mesure » (EE1), « personnel qui était accoutumé à suivre ces patients très longtemps.... Euh... A mal vécu cette modification » (EE1), « Donc cette notion de durée dans l'accompagnement... est quelque chose je crois qui est vraiment important. On l'a perdu » (EE2).

3.4.1.7. Sentiment d'oppression par l'ARS

La pression de l'ARS et ses directives ont été vécues de façon difficile par les équipes : « y'a moins de souplesse dans la prise en charge des patients, parce qu'on nous dit « faut travailler comme ça, comme ça, comme ça », et ça j'trouve ça un peu dommage... » (EE4), « Y'avait vraiment une incohérence des discours. L'ARS ben tout d'un coup fallait faire du groupe, fallait réduire les gens, 'fin ils avaient plus accès, 'fin il fallait réduire le temps du parcours du réseau, ça, tout d'un coup c'était très compliqué » (EE3), « Voilà ce qui m'a aussi beaucoup gêné quand y'a eu les nouvelles directives, on était cantonné à un programme d'éducation thérapeutique et moi j'ai toujours dit par rapport à mon rôle propre d'infirmière, quand je vois quelqu'un qui a 10% d'hémoglobine glyquée, euh, je peux pas me cantonner à un programme d'ETP » (EE3).

3.4.1.8. Le manque du spécialiste

Le manque du spécialiste et la démedicalisation a également été soulignée : « ça a dû être un manque... De ne plus avoir le spécialiste » (EE1).

3.4.1.9. L'inquiétude sur le vécu du patient

L'inquiétude vis-à-vis du vécu du patient est partagée par quelques-uns : « Y'avait une réunion, y'avait une évaluation qui a été faite par l'ORSAL du temps de... du temps du premier réseau et y'a une autre évaluation qui a été faite, c'était sur le vécu des patients... Ça c'était quand même dégradé entre les deux » (EE5), « Je ne sais pas si le fait euh de redisperser les prestations ophtalmo, cardio, 'fin voilà différentes prestations... Dans le parcours de soins... Ce soit à l'avantage du patient. (blanc) » (EE2)

3.4.1.10. Une perte de qualité de prise en charge

Pour certains, c'est une vraie perte de qualité dans la prise en charge : « *la perte de la qualité de prise en charge, la qualité de prise en charge des patients* » (EE6), avec surtout une perte de l'éducation thérapeutique au détriment du reste « *elle ne faisait plus, en gros, elle ne faisait plus d'éducation thérapeutique* » (EE1). L'élargissement des missions à la prévention est également un aspect mal vécu dans l'équipe « *avec néanmoins dans l'équipe l'accueil qui n'a pas été pour tout le monde le même avec des personnes qui, qui sont pour faire de l'ETP et qui ont pas envie de faire autre chose, qui se projettent pas là-dedans* (EE7).

3.4.1.11. Un manque de transparence

Les professionnels de santé mettent en avant un manque de transparence quant au déroulement de la fusion des deux associations : « *Disons qu'on n'a pas été tenus informés de manière de manière très transparente sur comment, sur c'qu'on nous, sur c'qui allait nous attendre, sur ce qui se passait en réalité* » (EE7), avec « *quand même pour l'équipe pas mal d'inquiétude sur le devenir du réseau* » (EE7).

3.4.1.12. Regrets sur la formation

A noter aussi un impact négatif pour la formation des professionnels de santé du fait du transfert sur Mulhouse d'une partie du réseau : « *y'avait à Mulhouse une équipe médicale qui avait pas l'habitude, on sait qu'ils venaient pas tant que ça, et vous aviez dans le Sundgau une équipe qui venait nombreuse. Et le fait de déplacer une ou deux FMC sur Mulhouse, tout le*

Sundgau y'en a très peu qui venaient. Donc déjà y'avait le liant, au niveau des médecins n'y était plus » (EE6).

3.4.2. Le ressenti positif des professionnels sur la fusion

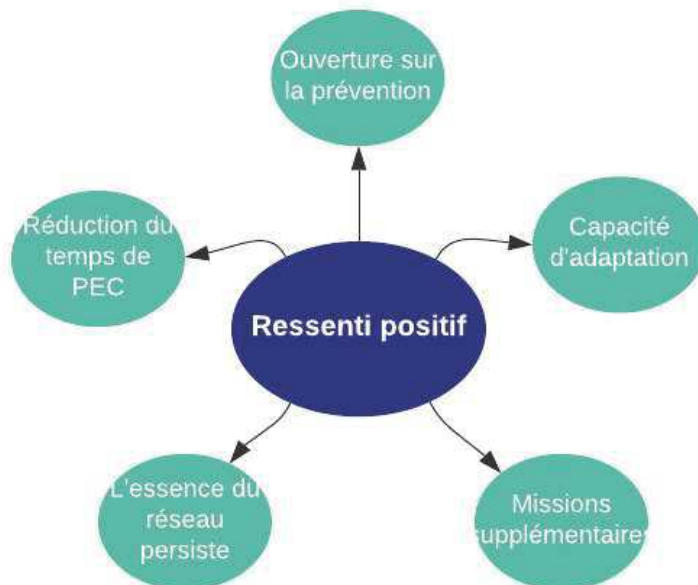


Figure 10 : Ressenti positif des professionnels

3.4.2.2. L'ouverture sur la prévention

Certains professionnels soulignent tout de même des points positifs suite à cette fusion, notamment liés à leur pratique quotidienne : *« moi personnellement c'est quelque chose qui rejoignait mon expérience de libérale ou j'avais été amené à faire de la prévention santé, des petites actions, à droite et à gauche, dans différents domaines. »* (EE7). L'ouverture sur la prévention et des missions différentes est vécue positivement : *« c'est une ouverture, avec*

une visibilité pour le réseau aussi » (EE7), « permet vraiment de varier l'activité, d'avoir deux choses différentes » (EE7).

3.4.2.3. *La capacité d'adaptation de l'équipe*

Certains soulignent la capacité d'adaptation de l'équipe du réseau aux nouvelles missions et contraintes : *« les professionnels se sont parfaitement adaptés et ont les compétences pour aller faire ces missions de prévention et s'y reconnaissent » (EE1), « en apport positif, clairement une équipe pluridisciplinaire, formée, inventive je dirai (rires). Et qui.... Ben qui, quand même, continue à, à mettre le patient au cœur de sa prise en charge. Ça ça existe toujours » (EE3), « J'pense que toutes les missions on continuait à les honorer après » (EE3).* Les modifications ont poussé les professionnels à changer leurs pratiques : *« peut-être que c'était bien aussi, ça nous a, ça nous a retranché dans nos, hors de notre zone de confort, qui des fois est bien » (EE3).*

3.4.2.4. *Des missions supplémentaires*

Certains professionnels voient même beaucoup d'avancées positives à travers ces nouvelles missions : *« l'ouverture vers d'autres pathologies m'a apporté beaucoup, hun euh, 'fin je trouve ça beaucoup plus intéressant, notamment quand l'obésité s'est rajoutée dans la prise en charge et domine quasiment notre activité. » (EE7), « Je pense qu'y'a des choses intéressantes qui sont apparus de ce qu'on a nous a demandé de faire avec le RSSA » (EE3), « je pense que les évolutions sont plutôt positives, moi je le ressens comme ça dans mon*

travail c'est quelque chose qui m'apporte plus de choses » (EE7). La raison d'être du réseau reste la même

L'essence du réseau dans la prise en charge des patients semble être maintenue : « *ce que le réseau proposait, l'éducation thérapeutique par les infirmières, par les diététiciennes, par les éducateurs médico sportifs, la psychologue, ça restait des euh, un énorme apport* » (EE1).

3.4.2.5. *La réduction du temps de prise en charge*

Pour certains la réduction du temps de prise en charge est même positive : « *la prise en charge sur une année, euh, est un apport à mon sens qui est considérable* » (EE1), « *certaines personnes ça a aussi pt'être fait du bien aussi, de leur dire qu'à un moment donné ça fait 10 ans, que y'a pas eu de changement, qu'est-ce que... Réfléchir sur le parcours* » (EE3).

4. DISCUSSION

4.1. Les limites de ce travail

Pour ce travail, la méthodologie employée est relativement simple. La validation des résultats est quasi inexistante ; il s'agit d'un travail historique. Nous n'avons pas fait de triangulation des chercheurs : aucune tierce personne n'a vérifié la validité et reproductibilité du codage et l'interprétation des entretiens est basée sur une vision unique.

Le faible nombre d'inclusion, dû aux critères d'inclusion relativement restreints pourrait aussi être un biais, notamment de recrutement ; il s'agissait essentiellement du recrutement des personnes à l'origine du RSSHA.

Le RSSA étant une structure connue et pratiquée par les investigateurs, il peut également y avoir un biais de subjectivité/de jugement : des idées préconçues et les notions déjà acquises sur le Réseau Santé de Haute-Alsace/Réseau Santé Sud Alsace ont pu influencer le codage des entretiens et leur interprétation.

4.2. Les points forts

Cette étude originale s'ancre dans un territoire bien précis, loin des grandes villes où les moyens sont souvent plus nombreux. Elle s'intéresse à une structure forte du Sundgau, ayant un impact non négligeable pour la médecine générale locale. Ce réseau, dès sa création, est un exemple fort du lien ville-hôpital.

Ce travail vient compléter d'autres travaux réalisés sur le sujet pour explorer une nouvelle dimension. En effet, dans sa thèse, S. Muller(29) s'intéressait plutôt au ressenti et à

l'utilisation du réseau par les médecins généralistes du secteur. C. Lorinet (30) quant à elle, s'intéressait au vécu des patients pris en charge au sein du RSHA. Ces deux thèses datent déjà de quelques années (2014 et 2017).

S. Muller se posait déjà la question des évolutions à venir avec la fusion et la transformation du RSHA en RSSA, mais aucun travail ne s'intéressait jusqu'à présent au ressenti des professionnels y exerçant, notamment quant aux modifications ayant eu lieu ces 10 dernières années.

Le fait de s'être intéressé au ressenti des professionnels en leur laissant la parole, de façon semi dirigée, en entretiens pour la plupart présentiel, est aussi un point fort de ce travail. Il a été beaucoup plus aisé de faire ressortir les sentiments variés des différents professionnels de santé sur les modifications de fonctionnement, qui ont pour certains eu un impact non négligeable sur leur façon d'exercer leur profession au sein du réseau.

De plus ce travail n'a pas été fait à l'aveugle sur un sujet inconnu : au préalable, une visite sur site a pu se faire et des discussions informelles ont eu lieu avec certaines personnes y travaillant. La connaissance du RSSA existe également du fait de l'exercice professionnel des investigateurs au titre de médecin correspondant et suivant des patients bénéficiant actuellement d'une prise en charge (ou par le passé) au sein du RSHA/RSSA.

4.3. Principaux résultats

4.3.1. D'un lieu d'excellence à une structure d'appui au généraliste

Le RSHA apparait comme une structure ayant une grande aura, bâtie, soutenue et gérée par un médecin, transmetteur de cette même aura. Cela ressort très fortement dans les entretiens

sous forme de nostalgie non seulement du réseau d'avant mais également des personnalités marquantes l'ayant fait vivre.

Nombre de médecins et d'infirmiers/infirmières pouvaient se reposer sur le réseau pour un appui médical. A noter que l'apport médical des consultations de diabétologie (ne rentrant pas dans le cadre du RSHA mais dans celui de l'hôpital) est bien souvent confondu avec le RSHA lui-même. Les infirmières étaient cependant bien formées et prenaient bien souvent le relais du médecin traitant pour les adaptations de traitement. Cela est bien mis en évidence dans la thèse de S. Muller où elle montre à travers son travail que plus de la moitié des médecins généralistes interrogés pensaient qu'une autre personne qu'eux prenait en charge la gestion du traitement de leur patient suivi au réseau.(29)

Toujours dans cet optique d'optimisation de la prise en charge des patients, l'impression de médicalisation est renforcée par l'apport du diabétologue lors des réunions de concertation pluridisciplinaire hebdomadaire, qui étaient fortement appréciées des professionnels du réseau comme étant à la fois un lieu de partage de connaissances, de discussion, découlant souvent sur des nouvelles propositions thérapeutiques ou au moins une stratégie de prise en charge.

Un autre point fort souligné à de multiples reprises est la centralisation des ressources : celles-ci, présentes en un même lieu, l'hôpital d'Altkirch, confortent et facilitent l'optimisation du suivi des patients diabétiques. Les nouvelles technologies ainsi que les ressources essentielles au suivi du patient diabétique sont toutes accessibles aux patients sundgauviens.

Parmi les différentes ressources nous pouvons citer :

- Le service d'imagerie de l'hôpital avec l'arrivée du score calcique

- La rétinographie
- La possibilité de dépistage du Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil
- La calorimétrie indirecte
- Le dépistage des artériopathies
- Le suivi du pied diabétique avec un podologue sur place

Tout ceci vient compléter l'offre de base du réseau à savoir les consultations infirmières, diététiciennes, psychologue ainsi que les ateliers en groupe.

La volonté d'excellence se manifeste encore, par exemple, par les travaux menés au sein du réseau et en dehors, en termes de recherche scientifique, et appuyant bien sa place centrale et indispensable dans le paysage de santé local. A titre d'exemple on peut citer cette étude présentée en 2010 sur l'impact du RSHA dans la réduction des complications liées au diabète.

Voir Annexe 4 : Prise en charge du diabète : Expérience du Réseau Santé de Haute Alsace

Avec la fusion et les restrictions de l'ARS, les professionnels notent de grands changements au niveau de la notion d'excellence qu'ils ne retrouvent plus aujourd'hui : plus de médicalisation du réseau, plus de RCP. Le réseau est revenu à sa mission de base : l'éducation thérapeutique du patient et son appui à la médecine générale. Les ressources de l'hôpital sont bien sûr toujours accessibles (service de radiologie, rétinographie, consultations spécialisées), mais le pilotage de l'ensemble du dépistage des complications retourne dans le champ de compétence du généraliste qui doit reprendre la main en totalité sur la partie médicale. Le médecin coordinateur actuel du réseau n'interfère en rien dans le suivi thérapeutique du patient, bien qu'ayant un œil sur les dossiers et pouvant tout de même faire des propositions dans des situations compliquées.

La raréfaction des temps de formation est aussi mise en avant : au temps du RSHA, un certain nombre de formations de qualité étaient proposées aux professionnels de santé du réseau : formation en ETP, en diabétologie, avec la venue de spécialistes alsaciens ou venant de plus loin (Pr Grimaldi, Pr Reach, ...). A titre d'exemple d'après les quelques données des rapports d'activité, en 2014 le nombre de formation proposé au personnel du réseau s'élevait encore à 9 et en 2015 à 13. Actuellement, depuis la fusion, ces formations sont plus rares selon les dires des professionnels et ils les regrettent. Ils voient là une perte de qualité dans la prise en charge des patients.

4.3.2. Les modifications dans l'organisation du réseau : de la flexibilité au contrôle

Une des évolutions majeures qui se dégage et apparaît en premier dans les discours entendus repose sur les modifications de fonctionnement : réduction de personnel, réduction du temps de prise en charge, modification du financement.

Le réseau, existant historiquement à Altkirch se délocalise à Mulhouse pour son antenne principale : nouveaux locaux, cohabitation d'équipes, territoire beaucoup plus vaste. Sur les 4 antennes du réseau (Mulhouse, Altkirch, Thann et Saint Louis), Altkirch reste pourtant à une place forte avec une file active conséquente et des locaux toujours bien parés et gardant leur place au sein de l'hôpital.

La composition des équipes du réseau se modifie, et la réduction des équivalents temps-plein (ETP) se fait sentir. A noter toutefois la subtilité se glissant dans l'interprétation de la répartition des effectifs : une partie est financée par le réseau et une partie est mise à disposition par l'hôpital. Il n'est ici pas fait de différence entre ces deux sous-groupes. Cette

différence de statut a également pu être mise en avant comme une difficulté de plus en plus présente.

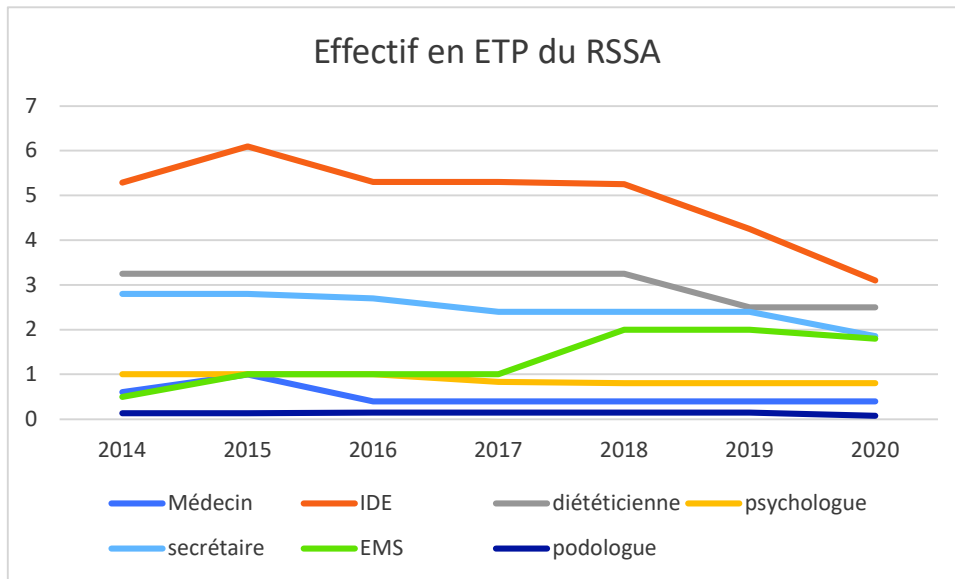


Figure 11 : Evolution des équivalents temps plein du RSSA entre 2014 et 2020

Les seuls professionnels qui ont vu doublé leur temps de travail par la multiplication de leur nombre sont les Educateur Médico-sportif (EMS). Cela va dans le sens du développement de l'activité physique adaptée au sein du réseau. Les différents professionnels sont répartis sur les 4 sites que comportent le RSSA.

Le travail doit se poursuivre malgré les réductions de budget qui ont pu être conséquentes.

Autre modification : la réduction du temps de prise en charge. La grande souplesse dans les prises en charge ressentie par les différents professionnels de santé au temps du RSHA n'est pas que subjective. Au regard des bilans d'activités de la période 2002-2014, on voit bien que la file active ne cesse de croître. Et pour cause : en 2014, douze patients sont suivis au réseau depuis 13 années. Au 31 décembre 2014, à la jonction RSHA-RSSA, le réseau a inclus sur le site d'Altkirch 2234 patients, dont 1800 font encore partie de la file active (source : bilan d'activité

2014 du RSHA). Cela témoigne bien d'une absence de limitation dans le temps de la prise en charge, bien que l'ARS ait déjà à cette date œuvrée dans le sens d'une limitation en termes d'années de la prise en charge des patients au sein du RSHA.

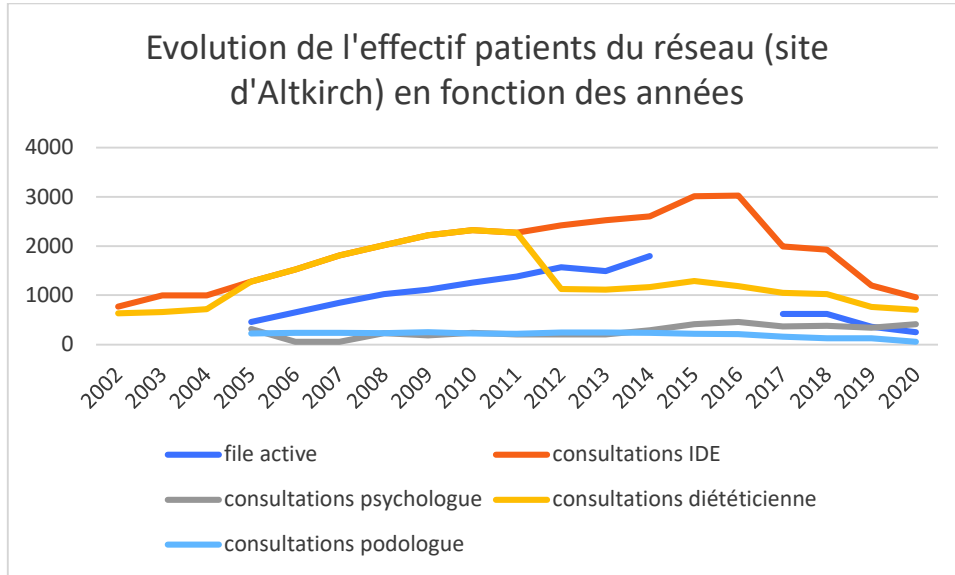


Figure 12 : Evolution de l'effectif patients du réseau (site d'Altkirch) de 2002 à 2020

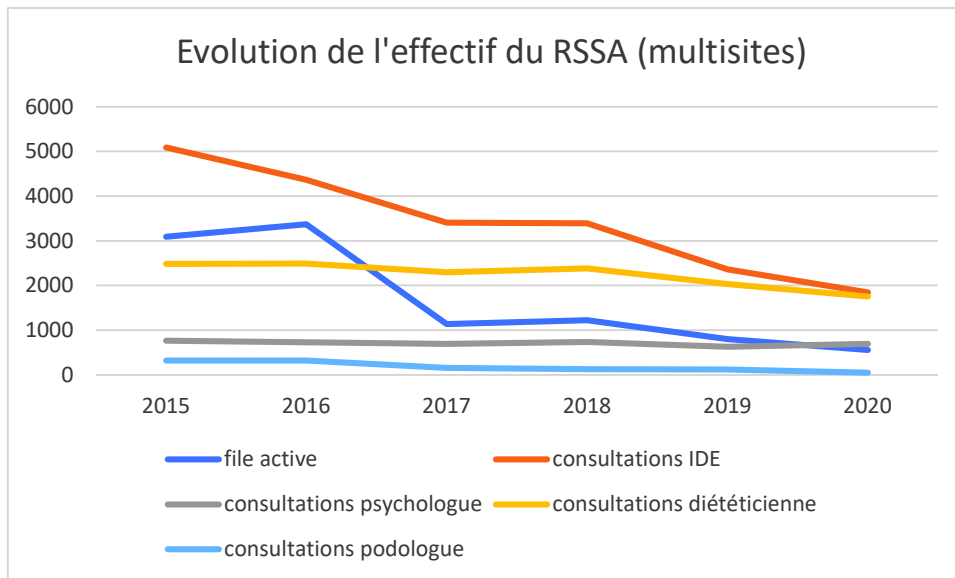


Figure 13 : Evolution de l'effectif patient du RSSA de 2015 à 2020

Avec le RSSA, la prise en charge des patients ne dure plus qu'une année. Cela ne semble être évident ni pour les professionnels ni pour les patients. Comme beaucoup l'ont souligné, cela a même entraîné une impression de fermeture du réseau.

Toutes les personnes interrogées ne sont pas forcément à l'aise avec les subtilités du financement du RSHA à l'époque, mais celui-ci semble être souple et plutôt large.

Certains ne minimisent cependant pas la notion d'évaluation et de comptes à rendre, déjà prévus à l'époque. Mais les conséquences d'objectifs non atteints n'étaient pas aussi strictes qu'aujourd'hui et les sommes allouées très différentes avec une nette baisse. Certains soulèvent le fait que ce système n'était pas normal et d'autres que c'était finalement assez opaque et que tous n'avaient pas accès à toutes les données.

Aujourd'hui, les règles sont fixées par l'ARS et tout est fait en transparence. La rémunération du réseau est faite selon les Plans Personnalisés de Soins et aux actions réalisées, avec nécessité de tout justifier, de tout prévoir pour l'obtention des budgets des années suivantes. L'évaluation devient donc primordiale.

4.3.3. Les modifications des missions

4.3.3.1. *L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)*

Les différents professionnels de santé parlent régulièrement de l'éducation thérapeutique du patient, mais d'une façon plutôt superficielle en ce qui concerne le RSHA. La définition reste très scolaire et peu d'applications de cette éducation thérapeutique sont citées.

Les ateliers, par exemple, sont peu cités par les professionnels de santé lorsqu'ils parlent du RSHA.

Ils sont pourtant bien présents, bien que peu développés avant 2010 (**Figure 14: Listes des ateliers en 2006 et 2013**).

Avec les nouvelles directives de l'ARS, la place des ateliers de groupe est pourtant renforcée ces dernières années. Le nombre d'ateliers a presque triplé en quelques années pour atteindre 138 ateliers proposés en 2019 (**Figure 15 : Liste des ateliers en 2018**). Certains professionnels ne se retrouvent pas dans ce fonctionnement de groupe, mettant souvent en avant la réticence du patient face aux ateliers. D'autres au contraire se plaisent dans la réalisation de ces ateliers. Ceux-ci ont évolué au fil des années pour devenir plus pratiques, ancrés dans la vie quotidienne et sont répartis essentiellement sur les sites d'Altkirch et de Mulhouse.

Ateliers :

2006

2006				
Cours	Nombre	Patients hospitalisés	Patients ambulants	Total
Pied	12 depuis Mai	23	21	44
Hypoglycémie	7	9	19	28
Equilibre alimentaire	8	4	19	23

Ateliers :

2013

Ateliers	2012				2013			
	Nombre	Patients hospitalisés	Patients ambulants	Total	Nombre	Patients hospitalisés	Patients ambulants	Total
Pied	16	60	5	65	18	64	10	74
Hypoglycémie	11	63	5	68	10	44	8	52
Insulinothérapie fonctionnelle	1	-	4	4	0	-	-	-
Equilibre alimentaire	7	28	2	30	3	10	0	10
Lipides	2	4	5	9	6	25	4	29
Glucides	6	21	5	26	5	18	2	20
Etiquettes	1	0	2	2	0	-	-	-
Grossesse	4	0	7	7	0	-	-	-
MSA	2 cycles de 5 séances		12	12	3 cycles de 5 séances		21	21

+3 Personnes ressource
= 5.5 patients / atelier

+ 0 Personne ressource
= 4.5 patients / atelier

Figure 14: Listes des ateliers en 2006 et 2013

Ateliers collectifs										
	Nb ateliers	Nb de participants	Nb ateliers	Nb de participants	Nb ateliers	Nb de participants	Nb ateliers	Nb de participants	Nb ateliers	Nb de Personnes
	Mulhouse		Altkirch		Saint Louis		Thann		Bilan	
Sucres: où et combien?	4	24	5	23	1	7	1	11	11	65
Graisses: un peu, beaucoup, passionnément...?	4	18	5	26	1	5	2	10	12	59
Hypoglycémie	3	12	2	4			2	10	7	26
Diabétique, oui ... mais je me soigne!	3	7	4	13					7	20
Prévention cardio vasculaire: Programme MSA / 3 séances de 3h	5	32	3	18					8	50
C'est le pied !	3	8	3	10	1	6	2	6	9	30
Manger 100 % plaisir	3	18	5	28					8	46
Les étiquettes à la loupe	4	24	3	10	1	6			8	40
Je compose des menus équilibrés	2	5	2	8					4	13
Je mange au restaurant	1	4							1	4
Atelier Cuisine	15	91	11	55					26	146
Atelier EMS: Et si on bougeait ?	3	15	2	6	1	7	1	6	7	34
Postures	1	2							1	2
Ma maladie, comment je la vis!	1	4	1	2					2	6
Relaxation	12	40	15	63					27	103
TOTAL : Ateliers Collectifs	64	304	61	266	5	31	8	43	138	644
	138 Ateliers - 644 Participants									

Bilan 2018	
Nb ateliers	Nb de Personnes
147	714

Figure 15 : Liste des ateliers en 2018

Autre point majeur de l'évolution du réseau : l'ouverture sur les autres pathologies. Le but de la fusion était de rassembler un réseau à visée cardiologique/insuffisance cardiaque et un réseau diabète. De ce fait des patients avec une problématique cardiologique (avec ou sans diabète) sont apparus sur le site d'Altkirch. Inversement, les diabétiques ont pu être suivis à Mulhouse. Cette ouverture-là n'apparaît pas fréquemment dans le discours des professionnels. Au contraire, l'ouverture sur la prise en charge de l'obésité a d'avantage marqué les esprits et a fait son apparition du temps du RSHA. Beaucoup soulignent son irruption dans les prises en charge au réseau, et d'une façon plutôt positive pour certains avec un apport différent pour leur profession. Le profil des patients s'est ainsi modifié avec des gens plus

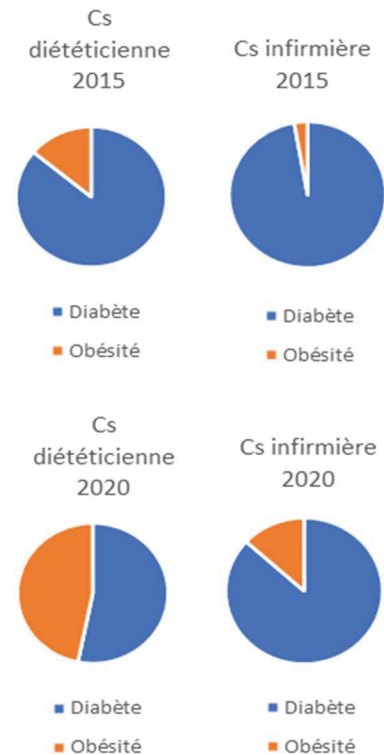


Figure 16 : Evolution des consultations au sein du RSSA

jeunes notamment. Aujourd'hui, la proportion de patients obèses suivis au réseau a augmenté par rapport à 2015. On le voit surtout dans les consultations diététiques, moins dans les consultations infirmières. (**Figure 16 : Evolution des consultations au sein du RSSA**)

Finalement, cette mission d'ETP, affichée comme mission première dès le début, persiste dans le temps et se peaufine pour revenir à sa place centrale.

Cette remarque intéressante formulée par une des personnes interrogées en dit long sur le ressenti des professionnels par rapport aux modifications qui sont apparues malgré tout : « *c'est plus de l'éducation thérapeutique c'est de l'information à la santé* ». Selon l'OMS en 1996, l'éducation thérapeutique « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. ». Avec la réduction du temps de prise en charge et la démedicalisation du réseau, le maintien dans le temps des compétences devient difficile et l'accompagnement réduit en quantité et en qualité. L'information viserait plutôt à simplement mettre à disposition des patients les outils pour comprendre et vivre avec leur maladie, sans un réel accompagnement.

4.3.3.2. *La mission de prévention et de dépistage*

Cette mission-là est peu présente au début du RSHA, et son avènement est venu bouleverser la façon de travailler des professionnels. Beaucoup n'étaient pas formés à la prévention et il a fallu, à la demande de l'ARS toujours, mettre en place des actions, monter des projets, pour promouvoir la santé dans le cadre du diabète, des pathologies cardio-vasculaires et de l'obésité dans des lieux divers et variés.

Pour exemple, en 2015 deux actions sont menées et deux séances de formation aux professionnels de santé ont lieu. En 2016 : 5 actions sont menées et 9 formations aux professionnels. En 2018, le nombre d'actions passe à 48 et en 2019 elles sont au nombre de 139. Cela illustre bien la part montante des actions de prévention et de dépistage dont parlent quasiment tous les professionnels interrogés, avec plus ou moins de satisfaction quant à leur existence. En effet, même si certains sont convaincus de leur intérêt et de leur impact sur la santé publique du territoire, d'autres mettent en avant le fait que ce n'est qu'une goutte d'eau dans l'océan, une action à un instant T mais qui ne pérennise rien dans le temps. Il existe surtout une inadéquation de ces actions avec la réalité du terrain. Tous les milieux sont concernés par ces actions de prévention, comme souligné par certains : le monde du travail, le monde du handicap, de la précarité, et le grand public.

Des partenariats sont également développés dans ce contexte : Communautés de Commune, villes et notamment ville de Mulhouse, CPTS, Contrat Locaux de Santé, clubs sportifs, autres associations dans le milieu médico-social et socio-culturel.

Le calendrier des manifestations est varié et s'étale sur toute l'année et tout le territoire.

Concrètement, en 2018 par exemple, le calendrier tel qu'il était accessible au grand public sur le site internet du RSSA comprenait treize actions (Voir *Annexe 5 : Calendrier des ateliers 2018*, extrait du site internet du RSSA ([http://www. http://www.sante-sudalsace.org/](http://www.sante-sudalsace.org/))).

Pour rentrer plus dans les détails, en 2019 ont eu lieu :

- Pour le grand public :
 - 14 actions de dépistage de glycémie, tension artérielle et IMC
 - 1 conférence grand public
 - 11 manifestations diverses (Voir *Annexe 6 : Calendrier des manifestations tout public en 2019 (bilan d'activité 2019)*)
- Pour les salariés :
 - 7 actions de dépistage glycémie, tension artérielle, IMC
 - 13 manifestations diverses (Voir *Annexe 7 : Calendrier des manifestations pour les salariés (bilan d'activité 2019)*)
- Dans le milieu du handicap :
 - 10 dépistages glycémie, tension artérielle, IMC
 - 23 manifestations diverses, principalement en ESAT, résidences et foyers adaptés
- Dans le milieu de la précarité :
 - 23 dépistages glycémie, tension artérielle, IMC

- 12 manifestations diverses en foyers, centre socio-culturel, ... (Voir *Annexe 8 : Calendrier des manifestations diverses dans le milieu de la précarité (2019)*)

- Pour les personnes âgées :

- 9 manifestations diverses

Bien entendu, ces manifestations mobilisent à chaque fois du personnel et du temps, pour le travail en amont et l'action en elle-même.

4.3.3.3. *L'activité physique adaptée*

Celle-ci n'est évoquée qu'une seule fois dans les propos recueillis sur le RSHA et n'apparaît pas non plus comme étant au premier plan des missions du RSHA. Il semble qu'elle se soit surtout développée en parallèle au sein de l'association locale « Mieux Vivre son Diabète ».

Au moment du RSSA, l'activité physique adaptée est devenue une mission à part entière du réseau, en plus du dispositif Prescri'mouv. Le réseau en est un opérateur et emploie deux éducateurs médico-sportifs. La coordination avec les clubs sportifs pour pérenniser l'activité physique adaptée fait aussi partie des missions du réseau.

4.3.4. L'impact du réseau sur la formation des professionnels de santé

Il apparaît que le RSHA permettait à l'époque de fédérer et de rassembler grand nombre de professionnels de santé du territoire, dans un cadre multi disciplinaire : médecins, IDE, pharmaciens, podologues, ... L'impact était important sur les connaissances, mais également sur la cohésion des professionnels et le « travailler ensemble » dans le Sundgau. Cela se

manifestait surtout par des soirées de formations, bien suivies et souvent conclues par un verre de l'amitié.

Actuellement, les formations telles qu'elles existaient ont disparu, et cela a contribué à distendre les liens en dehors de l'hôpital et entre l'hôpital et le libéral.

Mais l'activité d'appui aux professionnels de santé est cependant toujours présente. En 2019, 23 actions ont eu lieu sur le GHT12, allant de la présentation du RSSA, la formation médicale continue ou bien des rencontres sur différents sites hospitaliers (*Voir Annexe 9 : Calendrier des actions d'appui aux professionnels de santé*).

4.3.5. L'évolution des moyens de communication

Concernant le RSHA, il est étonnant de voir que certains mettent en avant la non nécessité de communiquer sur le réseau, tant son implantation dans le paysage sundgauvien était acquise. Cela passait à priori par les médecins généralistes du secteur, relativement nombreux à y adhérer et à y adresser des patients. Il n'y avait que très peu d'entrée directe sans adressage du médecin traitant. Pour exemple en 2012, ils sont au nombre de 140 à avoir adhéré au RSHA. Le RSHA a comme ambition de leur laisser une place centrale dans le fonctionnement du réseau, pour contrecarrer l'hospitalo-centrisme.

Certaines personnes interrogées soulignent tout de même l'existence d'articles de presse, un passage télévisé, ...

La communication comme moyen de cohésion au sein du réseau et non comme outil de promotion du réseau passait, elle, surtout par le compte-rendu pluri annuel écrit par le

médecin coordinateur de l'époque, ainsi que par les formations grand public (une fois par an) et encore une fois, par la formation aux professionnels de santé.

Actuellement, le réseau sous sa forme RSSA a dû évoluer avec son temps et adapter ses moyens de communication. Cela va de pair avec une modification des moyens d'accès au réseau, ne passant plus uniquement par le médecin traitant.

Ainsi, au-delà des actions menées qui sont une vitrine pour le réseau, le site internet, préexistant a été remanié, une page Facebook a été créée ainsi qu'une chaîne YouTube. La communication tient un rôle central dans la vie du réseau pour lui assurer encore une pérennité et des inclusions. Au début, le réseau a même dû redoubler d'effort pour « prouver » son existence, tant les modifications le faisaient paraître comme fermé ou n'existant plus, que ce soit pour les patients ou les professionnels de santé (et même pour le personnel de l'hôpital).

4.3.6. Les principales difficultés rencontrées selon les périodes

4.3.6.1. *Difficultés communes*

4.3.6.1.1. Les difficultés administratives

Que ce soit sur le RSHA ou le RSSA, certaines difficultés ressenties sont récurrentes lors des entretiens, notamment les difficultés d'ordre administratif, en particulier une aggravation du ressenti de la lourdeur administrative après la fusion. En effet, dès 2002, le montage des dossiers, l'obtention des budgets et la notion d'évaluation sont perçues comme une difficulté pour l'ensemble des professionnels interrogés. Dès le début, il fallait « rendre des comptes et faire du chiffre », sur une thématique de l'ordre du relationnel, de l'humain et de l'éducation.

4.3.6.1.2. L'accessibilité du réseau

Quel que soit la période évoquée, on retrouve la problématique de l'accès au réseau. En effet les plages horaires, correspondant à des horaires de consultations hospitalières ne permettent pas aux personnes qui travaillent de participer aux différents ateliers et consultations proposés.

Le territoire ciblé, plutôt vaste, est également un frein à l'accès pour des personnes limitées dans leur mobilité.

4.3.6.2. *Les difficultés spécifiques au RSHA*

Certaines personnes interrogées sont conscientes de l'impression de « club fermé » que représentait le réseau. En effet, la longue durée du suivi possible à cette époque favorisait cette impression de « club » de diabétiques, forcément motivés et compliants.

Les professionnels de santé se disent très peu au courant des difficultés rencontrées sur la période 2002-2012 (avant la perspective de fusion).

Parmi les autres difficultés rencontrées et citées, on retrouve les difficultés d'homogénéisation sur le territoire avec les autres réseaux. Il existait alors une sorte de concurrence. Après la fusion, avec le changement des équipes et les modifications imposées, ce travail est devenu plus facile et les différents réseaux ont pu améliorer leur communication, s'entraider et construire des projets communs à plus grande échelle en Alsace notamment.

4.3.6.3. Les difficultés spécifiques au RSSA

La limitation du temps de prise en charge apparaît comme étant une des grosses difficultés pour le réseau nouvelle version. En effet, l'arrêt de la prise en charge des patients suivis de longue date a souvent été mal vécue et a entretenu l'idée que le réseau fermait. Ce parcours plutôt court est aussi incriminé dans les abandons de programme et l'absentéisme plus fortement présent après la fusion. Ce dernier point qui a pu apparaître dans les entretiens n'est pas validé par les statistiques que nous avons pu avoir, avec un absentéisme déjà présent à valeur égale, voir supérieur selon les années, dès le début du réseau sous sa forme RSHA. Les deux paramètres ayant été étudiés étant l'absentéisme en consultations infirmières et en consultations avec la diététicienne. (**Figure 17 : Evolution de l'absentéisme de 2007 à 2019**)

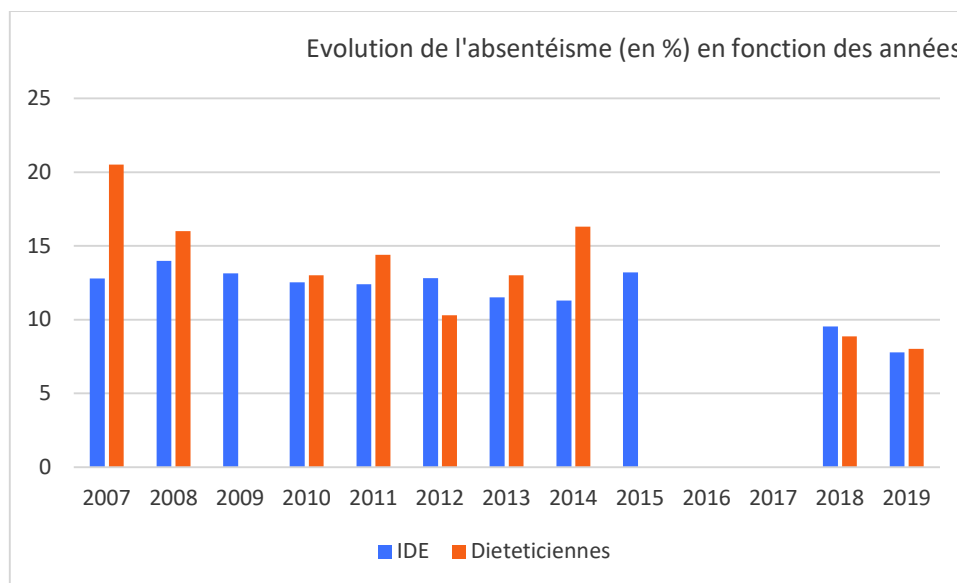


Figure 17 : Evolution de l'absentéisme de 2007 à 2019

Une problématique récurrente importante concernant le RSSA est l'abandon de la pluridisciplinarité et de la formation. Beaucoup regrettent les réunions de concertation pluridisciplinaire et les temps de formations ouvertes sur le libéral. Cela va de pair avec la

démédicalisation du réseau. Les formations à destination des professionnels de santé du réseau se font également plus rares, bien qu'il y ait encore des tentatives de formation selon les professionnels interrogés.

Malheureusement, tous ces éléments négatifs soulignés par les professionnels interrogés convergent vers l'idée d'une perte de qualité de la prise en charge au réseau.

4.3.7. La fusion avec l'ASPREMA

Il n'était pas question dans ce travail de se pencher sur l'ASPREMA, structure pourtant évoquée plusieurs fois par les personnes interrogées. Ce réseau mulhousien, plutôt axé sur les pathologies cardio-vasculaires, a eu une place déterminante dans la suite du réseau diabète sundgauvien. Les projets au moment de la volonté de fusion et de mutualisation des moyens ont été multiples et c'est une fusion RSHA-ASPREMA qui a été retenue. Elle a pu être effective, non sans peine, au terme d'efforts considérables et d'une certaine lutte de pouvoir.

Le ressenti des professionnels de santé est globalement plutôt négatif sur cette période-là, entre manque de transparence, difficultés à obtenir des informations concrètes et avenir incertain pour la plupart (surtout dû aux différences de statut). Cela marque clairement un tournant dans le fonctionnement du réseau, tant sur les modifications de fonctionnement et de financement que sur les modalités de prise en charge des patients. Celles-ci apparaissent pour beaucoup comme des freins et des barrières à l'exercice de leur métier, à l'image de la réduction du temps de prise en charge et des coupes budgétaires, qui sont actés par l'ARS de façon encore plus forte au moment de la fusion.

4.4. Ouverture

Ce travail, orienté vers le ressenti des professionnels de santé impliqués dans le réseau et ayant connu les deux versions, pourrait très largement être complété par le recueil, sur le même type, du ressenti des patients. Il ressort bien dans ce travail que les patients ont été fortement impactés par les modifications : certains, fidèles durant plus d'une dizaine d'années se sont retrouvés amputés d'une partie de leur prise en charge en ce qui concerne le diabète. Certains diabétiques de longue date parlent encore avec nostalgie du RSHA, avec une pointe de colère sur l'évolution, se sentant abandonnés aujourd'hui. Certaines thèses se sont déjà intéressées au ressenti de patients sur des prises en charge d'éducation thérapeutique (par exemple à Mimizan(31)), ou comme déjà cité dans ce travail, la thèse de C. Lorinet sur le RSHA(30).

De plus, l'ARS a demandé en 2015, une enquête de satisfaction à l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace sur la satisfaction des patients adhérents aux différents réseaux de soins alsaciens. (32) Quatre-vingt-sept virgule six pourcents des patients adhérents au RSHA pensent alors que cela leur a permis d'accéder à des services auxquels ils n'avaient pas accès auparavant. Il pourrait être intéressant de compléter ce travail pour voir, en miroir des professionnels de santé, si les chiffres du côté patients ont changé.

Il s'agirait là d'approfondir non seulement le vécu actuel mais également la comparaison par rapport à l'avant. Ceci non par nostalgie mais plutôt pour essayer d'en extraire le « meilleur des deux mondes », les contraintes financières actuelles étant inéluctables. Les résultats pourraient éventuellement être motivants pour les professionnels de santé parfois découragés.

En 2007, une étude demandée par les URCAM s'intéressait à la place et au développement de l'Education Thérapeutique du Patient.(33) Celle-ci apparaît alors à l'époque comme une priorité. Le nouveau Projet Régional de Santé 2018-2023 place toujours comme prioritaire l'éducation thérapeutique ainsi que la promotion de la santé, notamment concernant le diabète et l'obésité.(34) A l'image du réseau, nous constatons bien que le résultat sur le terrain est très différent en termes d'application concrète de cette ETP, mais y-a-t-il une méthode meilleure que l'autre ?

5. CONCLUSION

Le travail en réseau dans le sud du Haut-Rhin et plus particulièrement dans le Sundgau a quasiment 20 ans de recul et de nombreux changements à son actif : financement, organisation, logistique, territoire couvert, ...

Notre travail s'intéressait au ressenti des professionnels de santé ayant travaillé au sein du réseau « diabète » sous ses différentes formes quant à son évolution.

Au fil des entretiens il apparaît que certaines thématiques font l'unanimité et que d'autres divisent plus les personnes interrogées, leur ressenti faisant réellement écho à leur vécu émotionnel quant aux modifications du réseau.

Les professionnels de santé qui ont connu ces différentes étapes regrettent globalement la diminution des moyens alloués à ce réseau et le pilotage global par l'ARS, qui engendre de nombreuses contraintes administratives et financières. Le RSSA s'est progressivement transformé : initialement un réseau d'éducation thérapeutique, il est devenu une structure d'information à la santé. Le point central de ses modifications est la fusion avec l'ASPREMA, qui a grandement modifié le fonctionnement, en supprimant le côté médical et replaçant le médecin traitant au cœur du suivi du patient diabétique. Cette fusion d'associations a d'ailleurs été particulièrement éprouvante pour les équipes.

Les professionnels de santé regrettent particulièrement la diminution du temps de prise en charge des patients, mettant en avant les difficultés induites par l'absence d'accompagnement sur le long terme. Ceci conditionne la visibilité locale du réseau dans le paysage de santé sundgavien.

L'ouverture sur l'obésité et les maladies cardio-vasculaires est cependant bien accueillie, ouvrant les possibilités et élargissant le public accueilli au sein du réseau (surtout pour l'obésité).

L'apparition du volet « prévention » a bouleversé les méthodes de travail et forcé les équipes à se réinventer. La prévention représente cependant un pan important de l'activité actuelle, tant en termes de temps que d'argent. L'impact de cette prévention ponctuelle dans les divers milieux socio-médico-culturels est beaucoup questionné.

Le futur de ces réseaux semble être acquis à toujours plus de « fusions », l'ARS ayant notamment annoncé la volonté de fusionner l'ensemble des réseaux. Comment cela va-t-il se manifester au quotidien et être perçu par les différents professionnels ayant déjà vécu pareille situation ?

Malgré les critiques parfois (souvent) négatives, les professionnels du RSSA restent mobilisés, avec la volonté de continuer à faire vivre le réseau malgré les difficultés du moment (financières, liées à la pandémie en cours, ...) pour construire l'avenir avec les patients qui restent demandeurs d'accompagnement et d'éducation thérapeutique.

VU

Strasbourg, le 26 avril 2022

Le président du jury de thèse

Professeur Nathalie JEANDIDIER.




VU et approuvé

Strasbourg, le 05 MAI 2022

Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



Milke Kroull
et Vite Lyan



6. BIBLIOGRAPHIE

1. International Diabetes Federation. L'Atlas du diabète de la FID. 2019. Report No.: 9e édition.
2. ORS Grand Est. Diabète en Grand Est - Chiffres clés. 2020 janv.
3. HAS. Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte. 2014;71.
4. Reach G. Activité physique chez le patient diabétique: Activité sportive et complications chroniques du diabète. Médecine Mal Métaboliques. mars 2010;4:138-42.
5. Monguillon P. La petite histoire des réseaux Diabète en France : qui étaient-ils, que faisaient-ils, que sont-ils devenus ? Médecine Mal Métaboliques. 1 mars 2018;12(2):143-9.
6. Circulaire 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.
7. Code de la santé publique - Article L 712-3-2 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006694695/1999-12-30
8. Gilet C. Les réseaux diabète en France. Où en sommes-nous ? Diabète Obésité. mai 2013;8(69):146-50.
9. Circulaire DH/EO n°97/227 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements [Internet]. avr 9, 1997 p. 12. Disponible sur: <https://sfap.org/document/circulaire-dheo-ndeg-97-277-du-9-avril-1997>
10. Circulaire DGS/SQ2/DH n° 99-264 du 4 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, non insulino-dépendant. - APHP DAJDP [Internet]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssq2dh-n-99-264-du-4-mai-1999-relative-a-lorganisation-des-soins-pour-la-prise-en-charge-du-diabete-de-type-2-non-insulinodependant/>
11. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
12. Code de la Santé Publique - Article D6321-1 [Internet]. mars 4, 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025414898/2022-02-02/
13. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000742206/>

14. Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux [Internet]. [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-49/a0493275.htm>
15. Gadreau M, Pélissier F. Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, un instrument adapté pour la recomposition en réseaux régionalisée du système de santé français ? Rev Francaise Aff Soc. 2003;(1):323-44.
16. Poutout G. Le financement des réseaux de santé [Internet]. 2003. Disponible sur: https://www.urml-idf.org/upload/cafereseaux/CR_031216.pdf
17. Daniel C, Delpal B, Lannelongue C. Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR). 2006;163.
18. MOREL A, Lecoq G, Jourdain-Menninger D. Evaluation de la prise en charge du diabète Tome 2 Annexes. Inspection générale des affaires sociales; 2012 avr p. 249.
19. Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique - Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? 2012 oct p. 77.
20. Code de la Santé Publique - Article D6321-3 [Internet]. juill 26, 2005. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006919316/#:~:text=Article%20D6321%2D3%20\(abrog%C3%A9\)&text=Le%20r%C3%A9seau%20garantit%20%C3%A0%20l,sant%C3%A9%20intervenant%20dans%20le%20r%C3%A9seau.](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006919316/#:~:text=Article%20D6321%2D3%20(abrog%C3%A9)&text=Le%20r%C3%A9seau%20garantit%20%C3%A0%20l,sant%C3%A9%20intervenant%20dans%20le%20r%C3%A9seau.)
21. Code de la Santé Publique - Article D6321-4 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006919317/2022-02-02/
22. Code de la Santé Publique - Article D6321-5 [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006190918?init=true&nomCode=LHIW4Q%3D%3D&page=1&query=Article+D6321-5&searchField=ALL&tab_selection=code&anchor=LEGIARTI000006919318#LEGIARTI00006919318
23. Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040067.htm>
24. ANAES. Principes d'évaluation des réseaux de santé [Internet]. 1999 p. 4. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux_de_sante.pdf
25. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), Service Évaluation économique. Réseaux de santé: guide d'évaluation [Internet]. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2004. 36 p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_433386/fr/reseaux-de-sante-guide-d-evaluation

26. Décret n° 2021-1797 du 23 décembre 2021 relatif à la mise en cohérence des dispositions relatives aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux [Internet]. 2021-1797 déc 23, 2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000044630763/2021-12-27/>
27. ARS Grand Est. Portrait de travail GHT12 - Haute Alsace [Internet]. 2016 nov. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/GHT12%20-%20Haute%20Alsace%20-%20Portrait%20QLW%20-%2020161125.pdf>
28. Claerr-Stamm G, Glotz M, Madenspacher P, Zimmermann J. Le prieuré, l'hôpital et le cimetière de Saint Morand d'Altkirch. Société d'Histoire du Sundgau. 1995.
29. Muller S. Apport du Réseau de Santé Haute-Alsace pour les médecins généralistes. Etude qualitative des freins à son utilisation. [Thèse de doctorat]. Université de Strasbourg; 2015.
30. Lorinet C. Le vécu de la maladie diabétique et de la prise en charge par le réseau santé de Haute Alsace (RSHA) des patients diabétiques [Thèse de doctorat]. Université de Strasbourg; 2017.
31. Ferment C. Évaluation des connaissances et de la satisfaction des patients diabétiques de type 2 adressés par leur médecin généraliste à des séances éducatives en ambulatoire à Mimizan [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux; 2017.
32. Observatoire Régional de la Santé d'Alsace, ARS Grand Est. Satisfaction des patients adhérents des réseaux de soins en Alsace [Internet]. 2015 p. 100. Disponible sur: https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/2015_synthese_satisfaction_reseaux.pdf
33. Baudier F, Prigent A, Leboube G. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient au sein des régions françaises. Santé Publique. 1 déc 2007;19(4):303-12.
34. ARS Grand Est. Projet Régional de Santé 2018-2023 Schéma Régional de Santé & Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018-2023 [Internet]. 2018 juin p. 318. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/05_20180618_PRS_2018-2028_GE_SRS_2018-2028.pdf
35. Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM [Internet]. 2012 p. 92. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_cpom_2012.pdf

7. ANNEXES

7.1. Annexe 1 : Exemple type de CPOM

Source : Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM (35)

Le modèle-type de CPOM proposé ci-dessous est susceptible d'adaptation en fonction de l'organisation propre à chaque région.

Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens 2012-2017

Entre,

L'Agence régionale de santé de XXXXXXXX

Et,

L'établissement XXXXXXXXXXXX,

Vu les articles L.6114-1 à L.6114-5 du code de la Santé Publique ;

Vu les articles D. 6114-1 à D. 6114-8 du code de la Santé Publique ;

Vu les articles R.6114-9 et R.6114-10 du code de la Santé Publique ;

Vu le projet régional de santé arrêté le XXXXX

Vu le schéma régional de l'organisation des soins arrêté le XXXX

Vu l'avis du conseil de surveillance en date du XXX [Pour les établissements publics de santé le cas échéant]

Il a été expressément convenu ce qui suit,

Titre 1. L'objet du contrat

Article 1- Les fondements

Le présent contrat permet la déclinaison, par objectifs et par actions, des orientations du projet régional de santé et notamment du schéma régional de l'organisation des soins. Il est négocié dans le respect du principe d'autonomie de l'établissement.

Article 2- Les orientations stratégiques

Les orientations stratégiques retenues au terme de la négociation sont :

Orientation n° 1 :

Orientation n° 2 :

Orientation n° 3 :

Orientation n° 4 :

Orientation n°5 :

Les modalités de leur réalisation sont déclinées dans les annexes du présent contrat. Ces annexes sont opposables dans les conditions définies à l'article 6.

Titre 2. La mise en œuvre du contrat

Article 3- Le suivi du contrat

a) Le suivi annuel

Le contrat fait l'objet d'un suivi dans le cadre de la revue annuelle réunissant :

Pour l'ARS :

- Le directeur général de l'ARS ou son représentant,

Pour l'établissement :

- Une délégation conduite par le directeur de l'établissement assisté de deux collaborateurs de son choix.

La revue annuelle de contrat a pour objet :

- l'examen contradictoire du bilan annuel de réalisation des actions prévues au contrat à l'année n-1 ;
- l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat ;
- les avancées réalisées sur les annexes informatives comportant notamment le contrat de bon usage du médicament et le cas échéant le contrat de retour à l'équilibre financier ;
- l'analyse des perspectives pour l'année n et les années à venir ;
- la définition des éventuels avenants prévus à l'article 4 ;
- la détermination des sanctions prévues à l'article 6.

L'analyse contradictoire est menée sur la base :

- d'un rapport annuel d'étape prévu à l'article D. 6114-8 code de la Santé Publique produit par l'établissement, au plus tard, un mois avant la réunion et comprenant le bilan de réalisation de la tranche de l'année n-1 du contrat et le rapport annuel de mise en œuvre prévu au décret du 24 août 2005 (contrat de bon usage).

- d'un rapport réalisé par l'ARS au terme d'une rencontre avec l'établissement, portant notamment sur le bilan des annexes et sur la situation budgétaire et financière.

La revue annuelle fait l'objet d'une lettre d'observations adressée par l'ARS au plus tard un mois après la date de la réunion. L'établissement dispose d'un mois pour présenter ses éventuelles observations.

b) Le rapport final

Conformément à l'article D. 6114-8 du code de la Santé Publique, l'établissement transmet, un an avant l'échéance du présent contrat et au moment de sa demande de renouvellement, un rapport final d'exécution du contrat.

Article 4- La révision du contrat

A la demande de l'établissement ou de l'ARS, les dispositions du contrat sont modifiées par voie d'avenant :

- pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement de l'établissement, de l'offre de soins régionale et des missions qui lui sont confiées ;
- pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- pour intégrer l'accompagnement financier consenti par l'ARS destiné à la réalisation des orientations du contrat ;
- pour modifier la liste des missions d'intérêt général confiées à l'établissement ;
- pour modifier la liste des missions de service public confiées à l'établissement.

Article 5- La résiliation du contrat en cas de manquement grave

L'article R. 6114-9 du code de la Santé Publique détermine les conditions de la résiliation du présent contrat en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations contractuelles.

Article 6- Les sanctions en cas d'inexécution totale ou partielle des engagements

L'article R. 6114-10 du code de la Santé Publique détermine les conditions d'application des sanctions liées à une inexécution totale ou partielle des engagements figurant au présent contrat.

Le constat de l'inexécution est réalisé sur la base des échanges et conclusions de la revue annuelle visée à l'article 3.

Les sanctions peuvent notamment porter sur les cas d'inexécution des engagements suivants à l'exception de l'annexe relative aux indicateurs de pilotage de l'activité.

[il revient aux cocontractants de définir le régime de sanction et les pénalités applicables à chaque annexe et/ou thématique du contrat]

Article 7- Durée du contrat et entrée en vigueur

Le contrat est conclu pour une durée de ans.
Il prendra effet à compter du XXXX

Fait à XXXXX, le XXXXX

Signatures :

Directeur général de l'ARS

Représentant légal de l'établissement

7.2. Annexe 2 : Guide d'entretien

1) Introduction

Ce travail de thèse a pour but de retracer et d'analyser l'évolution du Réseau « diabète » de l'actuel GHT12, de sa création en tant que Réseau Santé Haute Alsace à l'actuel Réseau Santé Sud Alsace. L'analyse de vos réponses à ces quelques questions aura pour but de mettre en lumière en parallèle de l'évolution factuelle du réseau -sur le plan organisationnel, financier et de son cahier des charges- l'impact de ces changements sur la prise en charge des patients du point de vue de ses principaux acteurs, que ce soit en positif ou en négatif.

Par votre regard personnel sur ce qu'était le réseau et ce qu'il est devenu, vous viendrez étoffer les différents aspects de son évolution, au-delà des simples chiffres.

Cet entretien se déroulera en une trentaine de minutes maximum, sera enregistré et les données recueillies seront anonymisées

2) Recueil du consentement : fiche de recueil en deux exemplaires

3) Personne interrogée

Nom : Prénom : H/F

Age :

Profession : Actif/Retraité

Rôle au sein du réseau :

Période d'activité au sein du réseau :

Actif à ce jour : Oui/Non Si oui : Au sein du réseau/Ailleurs

4) Pouvez-vous me parler du réseau tel que vous l'avez imaginé ou l'avez connu avant.

Questions de relance :

- a) *Quelle serait votre définition du réseau du temps du RESHA ?*
- b) *Quels sont les apports positifs à la prise en charge des patients diabétiques que vous retenez ?*
- c) *Quels étaient les freins et les difficultés que vous retenez aujourd'hui ?*
- d) *Avez-vous des regrets ?*
- e) *A votre avis, quel était le degré d'intégration dans le paysage de la santé locale*
- f) *Quels étaient les moyens de communication et ceux-ci étaient-ils efficaces ?*

5) Comment avez-vous vécu la fusion avec l'ASPREMA et quel était/est votre ressenti sur les changements que cela impliquait ?

6) Le réseau aujourd'hui : pouvez-vous me parler du réseau d'aujourd'hui ?

Questions de relance :

- a) Quelle serait votre définition du réseau sous sa forme RSSA ?*
- b) Quels sont les apports positifs à la prise en charge des patients diabétiques que vous reprenez ?*
- c) Quels sont les freins et les difficultés présents aujourd'hui ?*
- d) Comment s'intègre aujourd'hui le RSSA dans le paysage de santé locale ?*
- e) Comment le RSSA a-t-il adapté sa communication*

7) Impact de la politique de santé : pensez-vous que la politique de santé de ces 20 dernières années a modifié l'apport des réseaux ?

Selon vous, les modifications de la politique de santé ces vingt dernières années ont-elles impactées de manière plutôt positive ou négative l'apport de tels réseaux auprès des patients ? Pouvez-vous argumenter/développer ?

8) En conclusion, quel est votre ressenti sur le suivi du patient diabétique ces vingt dernières années ?

7.3. Annexe 3 : Fiche d'information - Recueil du consentement

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Margot Itty, et je réalise une thèse de médecine générale sur l'évolution du réseau diabète au sein du GHT12 (anciennement le Réseau Santé de Haute Alsace, actuellement Réseau Santé Sud Alsace). Cette thèse a pour but de retracer l'évolution du réseau depuis sa création en 2002.

Je souhaite au travers de ces quelques questions mettre en lumière - en parallèle de l'évolution factuelle du réseau sur le plan organisationnel, financier et de son cahier des charges- l'impact de ces changements sur la prise en charge des patients du point de vue de ses principaux acteurs, que ce soit en positif ou en négatif.

Par votre regard personnel sur ce qu'était le réseau et ce qu'il est devenu, vous viendrez étoffer les différents aspects de son évolution, au-delà des simples chiffres.

Ce travail de thèse est encadré par le Dr Philippe Hild, Professeur associé au sein de l'Université de Strasbourg.

Le recueil des informations se fait au travers d'un entretien, enregistré, d'une trentaine de minutes maximum. Le recueil des données est anonymisé.

Je reconnais avoir pris connaissance des éléments énoncés ci-dessus concernant cette étude. Je reconnais que ma participation est volontaire et que je peux décider d'interrompre celle-ci à tout moment.

Je soussigné(e), déclare vouloir participer volontairement à cette étude et accepte l'enregistrement de l'entretien.

Nom et prénom :

Fait à :

Le :


Signature :

Merci de votre participation,

Pour toute information complémentaire :

Margot Itty, épouse HARNIST – margot.itty@neuf.fr – 06 81 79 65 12

7.4. Annexe 4 : Prise en charge du diabète : Expérience du Réseau Santé de Haute Alsace



PRISE EN CHARGE DU DIABETE: EXPERIENCE DU RESEAU SANTE DE HAUTE ALSACE

WILHELM.J-M , MOSER.S , WEIGEL.C
Pour le réseau Santé de Haute Alsace, 23 rue 3^{ème} Zouaves 68130 Altkirch

Introduction

- Le Réseau de Haute Alsace comporte une plate-forme de ressources multidisciplinaires et pluridisciplinaires, offrant notamment à chaque adhérent un bilan de coordination et un bilan éducatif annuel, ainsi qu'au besoin des consultations paramédicales individualisées et diversifiées.
- Le bassin de vie desservi comporte une prévalence du diabète supérieure de 29 à 30% à la moyenne nationale, une mortalité due à la maladie supérieure de 45%, une démographie médicale déclinante: il ne dispose pas de deux endocrinologistes libéraux à Mulhouse

Objectifs

Les objectifs de la prise en charge du diabète sont formulés dans la déclaration de St-Vincent:

- Promouvoir l'indépendance et l'autonomie pour les sujets diabétiques
- Réduire d'au moins 35% les nouveaux cas de cécité due au diabète
- Réduire d'au moins 30% le nombre de personnes atteignant le stade de l'insuffisance rénale terminale
- Réduire de 50% le nombre d'amputations dues à la gangrène diabétique
- Réduire la morbidité et la mortalité dues aux cardiopathies ischémiques

Matériel et Méthodes

Objectif: proposer à toute personne qui n'a pas eu l'examen de dépistage dans l'année, de compléter le bilan selon les recommandations
Moyens: Rétinopathie: Rétinographie sans sur place, transmise par internet pour lecture au CH de Mulhouse (D'Leimbach): résultat adressé au médecin traitant et au patient si pathologique
Néphropathie: Analyse qualitative sur échantillon urinaire faite sur place; recommandation de faire une analyse quantitative avec résultat au médecin traitant
Neuropathie: Examen par monofilament et diapason gradué: proposition de participer à un atelier interactif de prévention si grade 1 à 3

Résultats

Analyse de 230 derniers dossiers consécutifs de consultation IDE

Pourcentage de patients ayant bénéficié du dépistage de la rétinopathie, de la néphropathie, de la neuropathie et d'un dosage de LDL cholestérol dans l'année

Complications	Objectifs 2006 L'IMP 2006	SCORES 2 2006 (%) (n = 407)	ENTRE 2 2007 (1) (n = 781)	HAUTE ALSACE (n = 233)
Rétinopathie	90%	88%	87%	90%
Néphropathie	90%	88%	38%	91%
Neuropathie	90%	87%	30	100%
Dosage LDL	90%	78%	88%	91%
Ajoutées	90%	88%		91%

Complications	Déjà dans l'année	Décote	Prévention activée(%)
Rétinopathie	90%	22%	87%
Néphropathie	90%	25%	84%
Neuropathie	100%	25%	78%

(1) Suivi symptomatique après dépistage de rétinopathie précoce par un IEC ou ARAS ou cas de microalbuminurie selon de prévention secondaire et haut risque cardiovasculaire pour les grades 2 et 3

(1) SCORES: Scores Rétinopathie (2) ENTRE 2: Scores CDR

Education thérapeutique

Ces prestations sont commentées par les infirmières sur un mode pédagogique, tenant compte du vécu du patient et de ses représentations de santé
Voir la photographie de sa rétine, lire son résultat urinaire immédiatement après l'examen, sentir le monofilament et la vibration du diapason permettent au patient de:

- Donner un sens aux mots, aux éléments résultats et aux objectifs qu'il implique, à partir de données concrètes,
- Prendre conscience de la réalité de la maladie
- Trouver une motivation pour améliorer l'observance au traitement et l'équilibre glycémique

Education thérapeutique et rétinopathie

AVANT		APRES
Adhérents	Non adhérent Réseau	
59%	75%	22%

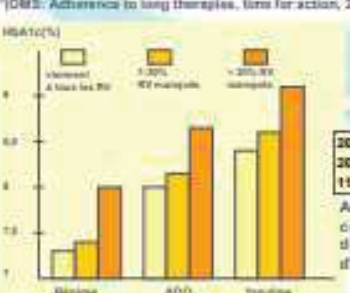
Pourcentage de patients microalbuminuriques la rétinopathie selon leur appartenance au réseau ou pas, avant et après atelier rétinographie

Exemples de questions:

- peut-on savoir si un est atteint d'une rétinopathie en se regardant dans la glace ?
- a-t-on la vue qui baisse dès l'apparition d'une rétinopathie ?

Observance

*Réussir le problème de la non observance thérapeutique serait plus efficace que l'avènement de n'importe quel nouveau progrès biomédical
*DM2: Adherence to long therapies, time for action, 2003



2006: 18,6%
2007: 12,7%
11 et 12/07: 7%

Absentéisme aux consultations d'infirmières d'éducation

Etude	Résultat
SPOT	34%
CEPHEUS	44%
FRANCE	
HAUTE ALSACE	72%

Exemple Patient 2007

Pourcentage de patients ayant atteint la cible LDL cholestérol de 1g/l (prévention secondaire et haut risque cardiovasculaire)

Satisfaction des usagers

Educateur	Patients bénéficiaires	Taux satisfaction patients	Taux satisfaction médecins
Infirmières	91%	99%	92%
Diéticiennes	82%	97%	92%

Discussion

En s'appuyant sur les recommandations de la déclaration de St Vincent et les études disponibles, ces résultats suggèrent la possibilité d'une réduction de 35% des cécités et des insuffisances rénales terminales, de 50% des amputations, de 30 à 50% des complications cardiovasculaires induites par le diabète dans la population suivie. Ce programme est réalisable par des infirmières formées.

Conclusion

L'articulation étroite entre coordination, éducation, dépistage et soins permet d'optimiser la prise en charge du diabète. Elle s'appuie sur une coordination pluridisciplinaire et répond volontiers aux exigences nées d'une prévalence croissante de la maladie et d'un déficit de la démographie médicale.

7.5. Annexe 5 : Calendrier des ateliers 2018, extrait du site internet du RSSA
([http://www. http://www.sante-sudalsace.org/](http://www.sante-sudalsace.org/))

5 - 12 et 26 novembre : Participation au "Mois sans tabac" en partenariat avec la Ligue contre le Cancer

27 novembre : Dépistage et promotion de la santé au conseil Départemental à Altkirch

23 novembre : Dépistage et promotion de la santé au Conseil Départemental de Colmar

17 novembre : dépistage au marché de Mulhouse

14 novembre : dépistage à la gare de Mulhouse

19 octobre : dépistage au centre commercial E.Leclerc de Cernay

9 septembre : Animation d'un stand pendant le trail à Altkirch

6 juillet : Dépistage pour les salariés et le personnel de la structure Marie PIRE

30 juin : Animation d'un stand à la fête de quartier du Centre Socio culturel de la porte du Miroir

23 juin : Dépistage au marché de Mulhouse, en partenariat avec la ville de Mulhouse.

21 juin : Dépistage grand public au restaurant Marie Pire.

3 juin : Journée "Faites du sport" à Mulhouse

9 Avril : Intervention par nos diététiciennes sur l'équilibre alimentaire en entreprise « K+S Kali » à Wittenheim

6 avril : à 19h30 à la salle polyvalente d'Aspach (2 rue des merles)

Conférence tout public ayant pour thème : "**diabète et maladie cardiovasculaire : quoi de neuf en 2018 ?**"

Intervention par le **Dr Jacques LEVY**, Médecin Directeur du Pôle Coeur-Poumons-Vaisseaux

Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace

7.6. Annexe 6 : Calendrier des manifestations tout public en 2019 (bilan d'activité 2019)

Nombre actions	Date	Lieu	Intitulé	Partenariat
1	04/05/2019	Altkirch : Marché aux fleurs	Promotion du Nutriscore d'information, d'écoute, de conseils + Stand	Ville d'Altkirch
1	01/09/2019	Saint Louis Forum	Action de Prévention : Jeu de boissons pendant la journée des associations	Mairie de Saint Louis
1	07/09/2019	Altkirch Trail	Action de prévention : Jeu de graisses	Mairie d'Altkirch
1	14/09/2019	Thann Marché	Promotion du Nutriscore	Mairie de Thann
1	21/09/2019	Les Mulhousiennes enfants et jeunes adultes	Prévention du cancer par la pratique de l'activité physique et l'équilibre alimentaire en rapport avec les recommandations du PNNS + Stand d'information, d'écoute, de conseils	CPAM
1	22/09/2019	Les Mulhousiennes adultes	Prévention du cancer par la pratique de l'activité physique et l'équilibre alimentaire en rapport avec les recommandations du PNNS + Stand d'information, d'écoute, de conseils	CPAM
1	18/10/2019	100 ans du RLAM	Stand de promotion de l'APA, du Dispositif Prescri'mouv et du RSSA + Stand d'information, d'écoute, de conseils	RLAM
4	03/10/2019 22/10/2019 05/11/2019 19/11/2019	Mois sans tabac	Participation au Moi(s) sans tabac Rôle RSSA Animation d'un atelier diététique à Mulhouse Organisation complète de l'action sur le secteur d'Altkirch + Stand d'information, d'écoute, de conseils	Ligue contre le cancer CPAM

7.7. Annexe 7 : Calendrier des manifestations pour les salariés (bilan d'activité 2019)

Nombre actions	Date	Lieu	Intitulé	Partenariat
1	05/03/2019	UIOSS (CPAM- CAF - URSSAF) Boulevard Robert Schumann Mulhouse	Action de promotion de la santé : Sensibilisation à l'équilibre alimentaire + Stand : Diffusion de messages nutritionnels, écoute et conseils	CPAM
6	23/01/2019 11/02/2019 25/02/2019 14/03/2019 25/03/2019 27/03/2019	Centres STSA: Altkirch C Europe Mulhouse A. Briand Mulhouse Illzach Wittenheim Cernay	Action de promotion de la santé : Diffusion de messages nutritionnels axés sur la consommation de sucres dans les boissons, écoute et conseils	STSA
1	17/09/2019	AG CPAM Mulhouse	"Manger équilibré quand on est pressé" Stand de promotion de la santé	CPAM
2	04/06/2019 04/07/2019	Mairie Illzach	"Hygiène de vie, Santé, Bien être"	Ville d'Illzach
3	07/11/2019 05/12/2019 19/12/2019	Mairie Illzach	"Je compose des menus équilibrés"	

7.8. Annexe 8 : Calendrier des manifestations diverses dans le milieu de la précarité (2019)

Nombre actions	Date	Lieu	Intitulé	Partenariat tâches réalisées
1	21/05/2019	GEM "Les ailes de l'espoir " Rue Robert Schumann Mulhouse	Action de sensibilisation au bien manger et au bien bouger Présentation du réseau	GEM
1	28/05/2019	Foyer Saint Louis Rue de Mulhouse Saint Louis	Comment rester en bonne santé ? Présentation de la prise en charge réseau	Centre hospitalier Rouffach
1	Avril à septembre	Centre Socio Culturel Porte du miroir Mulhouse	Animation d'un jardin pédagogique	CSC Porte du Miroir Mulhouse
1	15/06/2019	Centre Socio Culturel Porte du miroir Mulhouse	Fête de quartier Fonderie jeu + Stand d'information, d'écoute, de conseils Animation d'un	CSC Porte du Miroir Mulhouse
1	28/05/2019	Centre Socio Culturel Porte du miroir Mulhouse	Atelier "La bonne posture pour jardiner « dans le cadre du projet JARDIN	CSC Porte du Miroir Mulhouse
2	04/06/2019 23/07/2019	Centre Socio Culturel Porte du miroir Mulhouse	L'équilibre alimentaire : Atelier pratique (cuisine pédagogique)	CSC
1	18/07/2019	Centre Socio Culturel Porte du miroir Mulhouse	Atelier "L'usage des plantes aromatiques " dans le cadre du projet JARDIN	CSC
1	29/08/2019	Centre Socio Culturel Porte du miroir Mulhouse	Atelier « Les légumes du jardin » dans le cadre du projet JARDIN	CSC
1	18/04/2019	Foyer Aléos Rue Victor Hugo Illzach	L'équilibre alimentaire (théorie)	Aléos
2	02/05/2019 09/05/2019	Foyer Aléos Rue Victor Hugo Illzach	L'équilibre alimentaire : Atelier pratique (cuisine pédagogique)	Aléos

7.9. Annexe 9 : Calendrier des actions d'appui aux professionnels de santé

Nombre actions	Date	Type d'actions	Intitulé
1	04/04/2019	FMC + Stand de présentation de la prise en charge RSSA	Pr Réach "Pourquoi se soigne-t-on ?"
1	20/03/2019	FMC Présentation du RSSA et de sa PEC Echanges avec les PS	FMC Saint Louis
1	09/03/2019	Stand de présentation du RSSA et de sa PEC Echanges avec les PS	Journée Médicale de Haute Alsace
1	17/05/2019	Stand + Présentation du RSSA et de sa PEC en conférence Echanges avec les PS	Journée de l'Obésité
1	07/06/2019	Présentation du RSSA et de sa PEC Echanges avec les PS	Réunion avec les cardiologues du GHRMSA
1	25/06/2019	Stand de présentation du RSSA et de sa PEC Echanges avec les PS	Rencontre des professionnels de l'UGECAM autour d'une conférence animée par le Pr Pinget
1	17/10/2019	Action de sensibilisation au bien manger, bien bouger " Présentation du RSSA et de sa PEC Echanges avec les PS	Rencontre avec l'équipe de professionnels du Centre psychiatrique de jour
1	24/10/2019	Atelier de travail	Animation d'un groupe de travail sur la composition des petits déjeuners de la quinzaine du diabète à Mulhouse
1	02/11/2019	Présentation du RSSA et de sa PEC Echanges avec les PS	Réunion avec les intervenants du Programme ETP de Cardiologie du GHRMSA
10	04/07/2019 18/07/2019 01/08/2019 29/08/2019 12/09/2019 10/10/2019 20/10/2019 14/11/2019 26/11/2019 05/12/2019	Présentation du RSSA et de sa PEC	Fin de programme ETP des patients
4	18/11/2019 25/11/2019 02/12/2019 16/12/2019	Présentation du RSSA et de sa PEC	Fin de programme ETP des patients

7.10. Annexe 10 : Exemple d'entretien EE5

Est-ce que vous pouvez un peu me parler de ce réseau, d'avant la fusion, tel que vous l'avez connu, vécu... ?

Alors, euh, c'était quelque chose de très structuré, enfin voilà pour moi, je travaillais en libéral donc pour moi c'est vrai que c'était juste un p'tit peu plus de paperasse, les logiciels à rentrer, quelques données par rapport au patient, voilà, donc... Après c'était énormément, pour moi c'était de la consultation, on faisait plus d'ETP, c'était que de la consultation avec des patients qui venaient depuis l'ouverture du réseau et qu'on a vu qu'on a suivi pendant vraiment beaucoup de temps, on sentait vraiment, ils ont été, enfin certains ont été habitués, pour eux ça faisait partie, c'était une démarche normale d'aller régulièrement au réseau, pour peut-être être rassuré, entretenir la motivation. Et avec une approche quand même très, on va dire, beaucoup d'informations sur le plan médical. C'était aussi nouveau pour moi c'étaient ces réunions pluridisciplinaires, et Dr X, on reprenait tous les dossiers quasiment, pas tous les patients, mais dès qu'il y avait une difficulté. Donc c'est vrai que pour nous ça nous a permis quand même d'être très bien formés. En tout cas, voilà, la prise en charge par rapport au diabète, en plus d'autres formations qu'on aurait pu faire, ou qu'on a pu faire en éducation thérapeutique, que j'ai faite quand j'suis arrivée au réseau et qui sont pas spécifiques d'une pathologie. Donc du coup c'est vrai que. Après c'était vraiment de la consult, de la consult, de la consultation, on faisait peut-être un peu moins d'ateliers que maintenant aussi, d'ateliers de groupe. On en avait mais c'était plus ponctuel que maintenant. Euh voilà et j'pense alors bon vous l'aurez plus avec l'infirmière, une approche différente ou elle c'était encore plus médicalisée mais la diététique elle évolue pas tant que ça, même si j'ai l'impression qu'on a

évolué dans notre façon de faire où... Où on était p't'être plus proche de la médecine qui s'faisait à l'hôpital, la diététique hospitalière j'ai envie de dire, avec des rations, euh, voilà. Mais ça c'est la diététique de façon générale qui évolue et maintenant on est quand même plus dans le comportement, enfin l'approche comportementale s'est vraiment rajoutée et prend une part prédominante par rapport à simplement des rations définies. Donc euh, ouai, sur le plan diététique ça s'est, c'est c'qui a évolué.

Et qu'est-ce que vous reprenez des apports positifs à la prise en charge des patients diabétiques du secteur, ce que vous reprenez vraiment d'avant ?

De l'avant... Euh... Les points positifs pour le patient ? Euh... ça veut dire qu'il pouvait venir quand il le souhaitait, c'était, y'avait quand même une régularité dans le suivi. C'était tous les 3-4 mois pour la majorité des patients, c'était un peu comme ça... Euh... Que c'était vraiment un soutien par rapport à... C'était complémentaire à c'que faisait le médecin traitant, euh, et je pense que l'attente c'était effectivement se dire « le médecin n'a pas forcément le temps, le médecin est prescripteur, c'est lui qui va décider » au niveau, notamment du traitement, et que le réseau était là dans les cas... Enfin Dr X était là pour suggérer, pour proposer une modification éventuellement, ça on sentait vraiment que c'était un appui pour le médecin traitant et du coup avec un bénéfice pour le patient et puis forcément une approche plus globale en terme de santé, d'apprendre au patient, oui y'a le diabète mais le diabète dans sa globalité et du coup avec l'infirmière, avec la diététique aussi qui se, qui se rajoute, pour avoir vraiment une prise en charge globale. C'était vraiment comme ça. L'infirmière, enfin voilà, ça

permet, bon maintenant elle le fait moins mais c'est vrai que ça permettait, y'avait beaucoup de suivi téléphone et puis les glycémies, les dosages d'insuline, pour vraiment adapter les doses, enfin voilà, c'est des choses... C'était plus dans l'accompagnement médical, et ça s'faisait beaucoup plus que maintenant.

D'autres choses en apport positif ?

Apport positif... Ben pour nous en tant que professionnels c'était parce qu'il y avait une formation, on va dire, voilà, constante, et nouveautés... Dr X il était quand même très au fait et on a pu bénéficier de formations intéressantes, en tout cas de son avis à lui, voilà. Maintenant... C'est un peu le désert. Ça c'est notre souci, moi les nouvelles insulines je les connais plus, c'est quelque chose...

Et, est-ce qu'à l'époque y'avait quand même des difficultés ou des freins qui vous reviennent en tête, soit dans la prise en charge des patients, dans l'organisation, dans...

Moi à mon niveau j'ai pas ressenti. Après si y'avait des choses sur le plan financier ou autre, voilà nous, moi j'ai pas ressenti. Voilà y'avait du monde, ça tournait, la file active était importante, donc euh... Là non comme ça j'ai pas de choses particuliers

Pas de regrets non plus sur ce qui se faisait à l'époque, sur les...

A part le coté formation, c'était... c'était différent mais avec des ambiances aussi différentes, voilà... Ben voilà Dr X c'est Dr X, avec quelque chose où il au-dessus et où... Voilà, on n'avait pas non plus toujours à d... Fin voilà. On nous demandait pas toujours notre avis, c'était quand même toujours très hiérarchisé. C'est p't'être le coté, un peu négatif à mon sens.

Et, à votre avis quel était le degré d'intégration dans le paysage de la santé locale de ce réseau de l'époque ?

Je pense qu'il avait quand même, 'fin, bonne réputation et que c'était connu. Enfin, « réseau diabète » il était appelé comme ça, les gens on avait l'impression que, ils en avaient entendu parler, même s'ils étaient pas concernés. C'était quelque chose... J pense qu'il avait quand même pignon sur rue. C'était quelque chose de reconnu. C'qui est plus le cas... Enfin ouai on est plus là-dedans.

Et de ce que vous reprenez des moyens de communications de l'époque de ce réseau...

Euh... Mais en fait je pense que ça tournait tout seul via les médecins traitants. En fait c'était ça, ils envoyaient facilement, j'pense. La majorité, après y'a toujours des médecins qui n'envoyaient pas mais, finalement ça... Soit par le bouche à oreille, plus les médecins traitants qui avait une facilité, qui savait comment on fonctionnait, j'pense que vraiment ça... Pas sure qu'on avait besoin, j'ai pas connaissance, on f'sait pas trop de pub sur le réseau, on en avait

pas à l'époque, les flyers, des choses comme ça. On avait pas besoin d'aller démarcher les pharmacies ou des trucs...

Ok. Encore des choses à dire sur cet avant ?

Cet avant...

On peut revenir après si jamais...

Oui en parallèle si jamais j'ai des choses...

Et alors sur cette partie fusion. Ce moment où les choses ont commencé un peu à changer, comment vous vous l'avez vécu ?

Euh... Disons qu'on n'a pas été tenus informés de manière de manière très transparente sur comment, sur c'qu'on nous, sur c'qui allait nous attendre, sur ce qui se passait en réalité. J'pense qu'on nous a protégé. Nous on faisait notre travail et c'qui s'passait derrière... C'était... Enfin moi c'est comme ça que je l'ai ressenti. Bon y'a eu quand même pour l'équipe pas mal d'inquiétude sur le devenir du réseau, est-ce que le réseau va être pérenne, est-ce qu'on allait fermer du jour au lendemain, est ce qu'il y aurait encore un financement. On sentait qu'y'avait beaucoup de tensions, mais comme on savait pas, c'était juste des bruits de couloirs... C'était ce côté-là qui était plus anxiogène qu'autre chose, plutôt que d'être informés de la réalité. Donc y'a certainement des choses que nous on n'a pas su ; On a juste compris qu'on allait être ensemble et que, oui c'était juste le cardio-vasculaire allait être intégré. Voilà. Et après c'était certainement d'autres, d'autres problématiques mais qui pouvaient être plus personnelles par

rapport à des mises à dispositions, des choses... Moi je sais qu'à l'époque j'étais en, en emploi contractuel donc c'est vrai que c'était un peu compliqué parce que pour les personnes mises à dispositions qui était la majorité de l'équipe, réseau ou pas c'était leur poste à l'hôpital, moi c'était pas le cas. Donc voilà. Donc pas forcément toujours très confortable.

D'accord, et... Du coup pour la suite, euh, quels ont été vraiment les changements que ça a généré et finalement le réseau aujourd'hui, définition de ce qu'il en reste après transformation, qu'est-ce qu'il est aujourd'hui ?

Alors, finalement moi je pense que les évolutions sont plutôt positives, moi je le ressens comme ça dans mon travail c'est quelque chose qui m'apporte plus de choses. Ok c'était très bien mais peut-être sur le plan professionnel c'est un peu, à un moment c'est tout le temps la même chose, tout le temps le même type de patients, c'est un peu, on s'installe à un moment dans une routine aussi. Donc moi l'ouverture vers d'autres pathologies m'a apporté beaucoup, hun euh, 'fin je trouve ça beaucoup plus intéressant, notamment quand l'obésité s'est rajoutée dans la prise en charge et domine quasiment notre activité. C'est vraiment l'obésité, enfin j'ai pas de chiffres mais c'est voilà, moi je vois bien plus de patients pour des problèmes d'obésité que des problèmes de diabète. Ça c'était important, avec pas mal de possibilités de se former, on a pu avoir des formations pour prendre en charge ses euh, ses pathologies. Euh. Donc voilà, tout ce qui concerne l'ETP, l'évolution c'est surtout sur l'ouverture des autres pathologies avec néanmoins, alors après j'ai plus les dates en tête, le départ en retraite de Dr X, je sais pas combien d'années après la fusion, quelques années après, ou en tout cas les

réunions pluridisciplinaires une fois qu'il est parti on en avait plus, on en a maintenu quelques-unes avec Dr H mais très vite ça s'est...en termes d'organisation... Après des patients obèses en terme médical, on n'est pas nous en demande en tant que professionnels de demande médicale, on est plus sur des problématiques d'ordres psychologiques, on est plus confrontés à des troubles du comportements, c'est encore différent. Mais du coup ça s'est perdu et la formation médical, l'apport médical on l'a moins. Je sais que le réseau essaye de solliciter l'un ou l'autre spécialiste pour essayer, on est en demande depuis très longtemps, des choses sur l'hypertension... Dr H a essayé de nous faire elle de nous faire un topo sur les problèmes de thyroïde. Des problématiques qu'on peut avoir chez des patients obèses et on n'a pas toutes les réponses non plus et on aurait besoin...

Euh, ça c'est pour la partie ETP. Et on a développé... Par contre oui, dans le parcours du patient ce qui s'est modifié c'est quand même la réduction du suivi. Parallèlement à tout ça. Je sais plus les dates exactement où les gens venaient autant y'avait pas de durée limite. Ils sont diabétiques toute leur vie ils peuvent venir toute leur vie, c'était ça. Et maintenant euh, ben voilà 4 ans, 3 ans, et puis là une année. Ou c'est super court. Que ce soit pour nous, que ce soit pour le patient, des deux côtés y'a une frustration, par moment, même souvent. D'autant plus pour les patients qui connaissaient le réseau avant, qui avait l'habitude. Certains ont eu beaucoup de mal à comprendre que ben non c'était fini. Y'a eu des larmes, pour certains c'était mal vécu. Je sais qu'on a... Qu'on n'était pas toujours dans les clous, de temps en temps c'est pas date anniversaire... On tire un peu comme on peut quand on sent qu'y'a des demandes derrière. Euh, donc du coup dans ce parcours on a essayé mais parce que c'était une demande aussi de l'ARS de faire plus de collectif, de faire plus d'atelier et parce que, voilà... On en fait plus, on en propose plus et finalement c'était toujours un peu compliqué, les

gens sont toujours un peu réticents, soit ils aiment pas le coté groupe, soit c'est venir encore une fois en plus... s'ils sont pas à côté d'Altkirch et qu'ils ont un peu de route, pas toujours envie de venir, de se déplacer. Et puis finalement on se rend compte que bah maintenant y'a une dynamique, on arrive finalement à... Plus on en propose, mieux 'fin voilà, les gens adhèrent une fois qu'ils ont compris... Après on sait que y'en a qui viendront jamais. Mais parce qu'on sait aussi, ça risque de nous tomber dessus aussi, on sait pas quand, on sait qu'y'aura encore des changements. Nous certainement on dit que dans le budget qui nous est alloué pour le suivi d'un patient on pourra plus mettre toutes les consultations qu'on fait... Faut optimiser le temps qu'on a et le groupe ça permet de... de trouver des stratégies potables. Après c'est un super apport pour les patients, c'est vraiment super complémentaire. Alors ça c'est la partie ETP et après y'a la partie prévention.

Euh. Alors qui s'est fait un peu, comme ça, c'est venu tout doucement, enfin voilà. Et puis on sentait, on nous dit « faut en faire plus, faut en faire plus ». Euhm. Avec, moi personnellement c'est quelque chose qui rejoignait mon expérience de libérale ou j'avais été amené à faire de la prévention santé, des petites actions, à droite et à gauche, dans différents domaines. Moi c'est vraiment, moi j'adore ça c'est une bouffée d'oxygène, moi j'adore ça. Ça permet vraiment de varier l'activité, d'avoir deux choses différentes, avec néanmoins dans l'équipe l'accueil qui n'a pas été pour tout le monde le même avec des personnes qui, qui sont pour faire de l'ETP et qui ont pas envie de faire autre chose, qui se projettent pas là-dedans. Donc voilà. Bon... C'est comme ça, ça se discute pas c'est voilà. Pour moi c'est des choses, pour moi je le vois vraiment positif. C'est quelque chose, c'est une ouverture, avec une visibilité pour le réseau aussi, ça permet d'être plus visible pour le grand public, de se faire connaître différemment, mais du coup on a perdu, je repense au réseau diabète... Autant on est plus

visible parce qu'on agit différent, autant est-ce qu'on s'éparpille et du coup euh, bon après avec cette fusion les gens ont plus rien compris, est-ce qu'on est là est-ce qu'on n'est pas là... C'est pas clair non plus. Le problème c'est que maintenant on est là, plus le covid, plus le machin. Du coup c'est vrai qu'on entend encore « aah vous existez encore ! » même les femmes de ménage le mois dernier m'ont dit « ah mais des fois on vient, des bureaux... » alors c'est vrai qu'on est sur plusieurs sites, on est moins souvent... L'équipe elle s'est réduite aussi. Donc même du personnel d'ici savent pas c'qu'on fait, si on est là, si on n'est pas là. Enfin voilà. Ça c'est le côté où, là j'pense qu'on a du boulot de comm', là vraiment, on n'est pas... J'pense que là du coup autant les gens savaient que s'ils avaient du diabète, ou leur médecin, ou ils allaient à un moment entendre parler de réseau diabète, là... je sais pas ce qu'ils entendent, on est moins connu quoi, j'ai l'impression... ça on a eu du mal à repartir sur quelque chose... Ouai...

Et justement, finalement, comment, l'adaptation des moyens de communication du réseau actuel. Est-ce qu'avec les moyens actuels...

Mouai, alors... Alors c'est toujours la communication Dr H est toujours en lien avec les médecins, elle essaye au maximum de... ; voilà (rires). Alors après je sais pas comment elle est reçue, on a pas forcément les retours et... Et je sais que hier je suis allée chez mon médecin traitant qui est à Altkirch et il m'dit « ah vous travaillez toujours à l'hôpital ? » alors je dis « enfin oui au réseau » « ah mais là, ça marche toujours ce truc-là ? » enfin voilà. Et puis j'lui parlais de prescri'mouv parce que j'sais qu'une fois il m'avait dit « moi j'envoie personne parce

que faut aller à Mulhouse, faut faire des bilans ! » J'ai dit « Non, mais... » et puis là encore il m'dit « moi j'envoie personne j'sais même pas où y'a l'papier, j'sais pas quel papier j'dois remplir ». Donc j'me suis dit « ouai bon voilà... » C'est un exemple, tout bête du quotidien, mais j'me dis que certainement qu'il est pas le seul dans cette situation. Je pense que par rapport aux médecins traitants y'a certainement encore un travail à faire. Mais je comprends que c'est compliqué de comprendre comment on fonctionne, c'qu'on fait réellement, comme ça a évolué. Et puis après la communication, ben... Là pour l'instant c'est surtout de reprendre contact avec des partenaires pour nos actions. Bon on a eu, vous connaissez les petits flyers, bon les photos qui sont plus justes d'ailleurs parce que la moitié de l'équipe est plus là.

Mais ouai, donc c'est plus actuel, plus très actualisé. Euh, voilà. Y'a certainement eu des cartes déposées, des flyers dans les pharmacies, ouai j'sais pas. J'pense qu'y'a encore. Après je sais pas tout ce qui s'fait. Là on est quand même dans une période de changement, avec Mme X qui est partie, Mme X qui arrive, 'fin voilà. Donc euh... Ce Covid... Là on est dans... Ouai, p't'etre que la situation serait plus facile si y'avait pas eu ça, après on va faire avec. Là j'pense qu'on est en train de voilà. Il faut, ça va s'faire. Mais on a besoin....

Et du coup, on en a un peu parlé, apport positif pour la prise en charge du patient, on en a déjà un peu parlé mais... ?

Alors, autant pour les patients, ben, disons on a un public différent, c'est-à-dire ça touche plus de monde, notamment l'obésité. Donc c'est vrai que ça... Des patients plus jeunes, ça touche quand même voilà, 'fin c'est très varié. Euh, pour les patients ça c'est bien, parce qu'ils peuvent

bénéficiaire de ça, mais sachant que c'est un parcours qui est voilà, qui est réduit, qui est une année. Après voilà, pour les nouveaux patients on leur dit dès le départ, c'est acté. Y'a moins, y'a plus... Tout le monde est sorti des anciens. Voilà. Des fois on leur repropose en leur disant, voilà vous pouvez mais c'est une année, on fait encore une année et ça s'arrêtera. Une fois qu'ils l'ont entendu c'est plus facile pour tout le monde, mais euh... Mais c'est quand même la grosse difficulté, c'est de se dire que c'est quelque chose de ponctuel. Ça reste très court dans leur parcours à eux, dans leur vie, dans leur prise en charge... Après, comme point positif, ouai, les ateliers, qu'on faisait déjà avant mais qu'on propose plus, qu'on a un peu enrichi. Qu'est-ce qu'il y aurait d'autre à dire en positif... Ouai.... C'est différent. C'est du positif mais avec des choses différentes.

Et est-ce que vous avez un peu un avis, c'est pas forcé d'en avoir un, mais sur la politique de santé de ces vingt dernières années, comment elle a impacté ce réseau, alors en, on a dit du positif, du négatif, du...

Ben.... On s'pose la question, la prévention de manière générale. Après moi c'est que c'que j'en vois. Moi ce qui m'pose question c'est m'dire que des patients qui ont envie de se prendre en charge, parce que quand elles adhèrent au réseau y'a une part...alors soit elles viennent deux fois et elles viennent plus, elles adhèrent pas. Mais celles qui adhèrent, qu'ont une motivation, qui ont envie de prendre soin d'elles, ben finalement y'a un moment elles vont être accompagnées un certain temps et à un moment ça s'arrête. ET d'l'autre cote nous on va passer du temps à faire des actions prévention qui sont très ponctuelles, ou derrière... 'fin c'est

un peu, j'sais pas comment dire ça mais.... Un coup d'épée dans l'eau ? Vous voyez ? C'est juste pour dire « on a fait », y'a des moyens pour ça, on nous dit « ben là-dessus il faut, faut rentrer de l'argent donc vous faites », même si c'est une action ou y'a pas d'amont, y'a pas d'après, y'a rien, c'est un p'tit truc, euh, voilà. On nous demande de faire des choses. On l'a fait parce qu'il faut l'faire, mais on s'dit quel sens ça a ? Quel bénéfice en termes de... ? Faire un atelier cuisine chez des gens qui... Dans un foyer d'accueil d'urgence avec des migrants, ou des gens qui sont sans domicile fixe qui savent même pas... le lendemain, de quoi s'ra fait. J'me dis ok, c'est un temps d'échange, ok c'est sympa, c'est bien, ça s'passe bien, mais concrètement derrière qu'est-ce qu'elles en font ? Et nous derrière ben on les revoit plus. Ça c'est des choses qui voilà. C'est pour ça j'pense dans l'équipe, c'est pour ça que parfois certaines ont plus de mal à se positionner dans ce type d'action, parce qu'en se disant c'est faire pour faire. Alors que dans le travail d'ETP on est dans une démarche plus personnalisée, qui dure plus longtemps, 'fin, y'a quelque chose. Ça c'est... Ouai. Donc j'me dis est-ce que dans le monde de la santé de manière générale, y'a cette problématique de dire on fait des trucs, on bidouille des trucs, c'est un peu du bricolage, pour dire « on a fait », même si derrière je suis pas sûre que c'est très... Que ça a été très pertinent, très efficace... Voilà. Donc la question c'est la prévention, qu'est-ce que c'est, il faut en faire et... Voilà... Après c'est sur on veut toucher, l'idéal c'est de toucher tout le monde et on sait qu'y'a des publics la prévention c'est, c'est compliqué, parce que ça les touche pas ou ils sont dans d'autres problématiques donc... donc voilà... Mais bon, on s'dit que la prévention elle aura encore... 'fin.... Qu'est-ce que ça va être ? Sous quelle forme ? On sait qu'y'a des réseaux, y'a beaucoup moins de réseaux, est-ce que ça sera sous d'autres formes, fin voilà, j'me pose la question, je sais pas. Fin voilà, en plus haut lieux, voilà... Qu'est-ce que... Après c'est politique, c'est des choses voilà qui sont plus de notre ressort, mais est-ce que la prévention ce sera une priorité ou pas ? J'me dis là la prévention

diabète obésité avec le covid ça devrait peut-être aussi sensibiliser quelque part mais d'un autre côté j'aurais compris que les moyens, le problème c'est des moyens à un moment donné, est-ce que les moyens on peut encore les mettre dans la prévention. Voilà. Je sais pas où on va finalement. Beaucoup d'incertitudes. Mais en tout cas avec le réseau nous on a, enfin moi j'ai pris l'habitude, on sait jusqu'à la fin de l'année mais j'me projette pas... Euh, voilà. En m'disant « j'espère », moi j'aimerais travailler le plus longtemps possible parce que j'aime beaucoup c'que j'fait mais je sais pas, dans deux ans, dans trois ans, se projeter, c'est difficile de se projeter, ça voilà. Et personne peut faire à notre place non plus vu que ça dépend pas de nous. C'est dommage mais c'est comme ça.

Ok. Je sais pas si vous aviez encore des choses à dire...

Ben des précisions à apporter, fin si c'est clair pour vous, pour que vous compreniez un peu, j'pense que vous avez déjà pas mal de....

Sur le plan vraiment, vous sur le côté vraiment diététique, au sein du réseau ... Comment vous... ?

Oui c'est vrai qu'on a parlé de l'obésité, plus de comportemental. En fait on s'est rendu compte avec l'expérience finalement, en accueillant des patients qui souffrent d'obésité on a été confronté à d'autres problématiques, l'équilibre, la connaissance des aliments, à un moment c'est bien mais ça suffit pas. Bon, et puis parce qu'on a senti que le travail avec la psychologue était, enfin que nous on se sentait parfois démunis, on sentait qu'il fallait un travail autre,

qu'y'avait un gros travail psychologique, c'était travailler vraiment, beaucoup plus à nos psychologues, en tout cas. Et puis nous de réfléchir en termes de diététique, de se rapprocher plus, après c'est dans l'air du temps aussi, les choses évoluent un peu partout, on a commencé à parler de manger en pleine conscience, d'être plus centré sur comment je mange plutôt qu'uniquement sur qu'est-ce que je mange. Du coup on a rajouté nous à nos ateliers et puis j' pense dans l'accompagnement qu'on peut avoir en consultation individuels où on s'est ouvert beaucoup plus à ça. On est en demande de formation quand même par rapport à ça. On attend encore, ça fait des années, on demande, manger en pleine conscience, on fait des exercices, en atelier on fait ça avec du chocolat mais c'est de l'approche c'est pas vraiment encore du manger en pleine conscience. Faudrait aller plus loin, euh, et parce qu'on sent qu'à un moment y'a plus que comme ça qu'on va pouvoir aider certains patients. Y'en a voilà. Après y'a plusieurs cas de figures, y'en a c'est très facile, parce que c'est, y'a un manque de connaissance, ils mangent tout et n'importe quoi. Une fois qu'ils ont compris ils savent, ils faisaient des erreurs et ils savent. Y'en a, le plus souvent, y'a des difficultés, des parcours de vie difficiles, et c'est là-dessus.... Les émotions, l'émotionnel a pris beaucoup de place, voilà, prend beaucoup de place dans la prise en charge de l'obésité. Mais après pour nous c'est super, en tant que diététicienne c'est super intéressant aussi. Et j' pense que le réseau là on doit encore travailler là-dessus, faut qu'on s'ouvre à ça. Mais c'est pareil, on en revient à un budget et qu'est-ce qu'on peut mettre dedans. On peut pas tout faire, on aimerait faire des groupes de paroles, 'fin, d'autres choses sur l'image du corps, des ateliers, 'fin y'a plein de possibilités mais y'a un moment, on peut pas... On n'arrivera pas... Manque de temps, de moyen et parce qu'y'a les actions... La moitié de notre temps va être pris par les actions, c'est ça un peu la finalité, c'est que le réseau y'aura plus que la moitié ETP et... Voire peut-être un

moment... On va... On déshabille l'un pour hab... 'fin vous voyez, pour pouvoir maintenir l'un et poursuivre l'autre... mais bon.

Merci !

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ITTY Prénom : Marcot

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

À Lagden, le 28/04/2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME

INTRODUCTION : Le travail en réseau se développe depuis la fin des années 1990 grâce à une volonté nationale de mettre en place des réseaux dans de nombreux domaines, notamment dans les maladies métaboliques. Le Réseau Santé de Haute-Alsace a ainsi vu le jour en 2002 au sein de l'hôpital d'Altkirch. Au cours des vingt dernières années, le travail dans ce type de structure s'est vu largement modifié dans ses modes de fonctionnement, de financement. Le réseau local sundgauvien a dû lui aussi s'adapter. Cette étude a pour objectif l'analyse des modifications dans le fonctionnement du travail en réseau au sujet des maladies métaboliques en prenant en compte les multiples évolutions qui ont eu lieu depuis 20 ans. Cette étude s'est faite au travers du regard subjectif des professionnels de santé qui ont vécu la création et l'évolution de cette structure, ceci corrélé à des données plus objectives.

METHODE : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés, effectués auprès de professionnels de santé ayant connu la création du réseau et son évolution. Le recrutement a pris fin lorsqu'il y a eu saturation de données selon l'investigateur.

RESULTATS : Sept entretiens ont eu lieu entre avril et juin 2021. Une description du réseau a pu être établie par les différentes personnes interrogées en fonction des différentes périodes évoquées : le Réseau Santé de Haute Alsace, la fusion avec l'ASPREMA et le Réseau Santé Sud Alsace. Le ressenti des professionnels de santé quant aux principales modifications dont ils ont été témoins et acteurs a été recueilli et les différents aspects (modifications des missions, modifications organisationnelles, aspects administratifs et financiers) ont pu être regroupés et analysés. Ils ont pu être corrélés avec les évolutions objectives du réseau en termes de chiffres (file active, financement...). Il s'avère que les moyens humains, techniques et financiers au départ très importants et en plein essor les premières années n'ont fait que décroître après les années 2010, en parallèle de modifications du système de santé. Il en résulte une impression de baisse qualitative au niveau du travail des personnes interrogées et des modifications au détriment du patient (réduction de personnel, augmentation du nombre d'ateliers en groupe, réduction de la durée de prise en charge...). Cependant, l'ouverture sur l'ensemble des maladies métaboliques a créé une richesse de plus sur le territoire, notamment en ce qui concerne l'obésité. Le fonctionnement du travail en réseau s'harmonise sur un territoire plus vaste.

CONCLUSION : S'il semble que les fastes débuts du travail en réseau soient regrettés par un certain nombre de professionnels de santé, et que les moyens humains et financiers tendent à la baisse depuis une dizaine d'années, le Réseau Santé Sud Alsace garde néanmoins toute sa place dans la prise en charge du diabète, de l'obésité et des maladies cardio-vasculaires, s'adaptant aux contraintes impulsées par l'ARS. Il permet encore aujourd'hui d'accompagner les patients et de suppléer la médecine de ville.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots clés : Travail en réseau, Diabète, Obésité, Maladies métaboliques, Education thérapeutique

Président : Professeur Nathalie JEANDIDIER

Assesseurs : Professeur Laurent MONASSIER, Professeur Pierre VIDAILHET, Docteur Philippe HILD

Auteur : ITTY Margot – Université de Strasbourg