

## **Les réseaux de santé** Alain Grand

### **Section 1 : les réseaux de santé**

Devant le constat d'un cloisonnement excessif du système de santé, susceptible d'induire des « pertes de chance » vis-à-vis de certaines pathologies ou vis-à-vis de certaines populations vulnérables, les pouvoirs publics ont impulsé dans la décennie 90 la mise en place des réseaux de soins, secondairement appelés réseaux de santé (loi de modernisation du système de santé, mars 2002).

Les réseaux de santé ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.

La mise en réseaux de professionnels de la santé entre eux et avec des professionnels du secteur social impose que soient clarifiées les positions des uns et des autres dans trois domaines :

- la(les) pathologie(s) que l'on veut prendre en charge ;
- les patients que l'on veut aider ;
- les acteurs que l'on veut motiver.

Dans chacun de ces domaines, doivent être assurées certaines fonctions et définies des règles de qualité :

#### **1. les pathologies, dépendances et autres problèmes de santé**

Posant aux praticiens des interrogations complexes qui justifient la création d'un réseau, la prise en charge des problèmes doit faire l'objet de règles scientifiquement fondées (règles de bonne pratique clinique, conférences de consensus...proposées par les sociétés savantes nationales et internationales ou la HAS), concernant :

- le diagnostic et le bilan initial ;
- les stratégies thérapeutiques (médicamenteuses ou non) ;
- les protocoles de prise en charge et d'accompagnement social.

#### **2. les patients (clients, usagers, citoyens...)**

- La visibilité du point d'accès au réseau doit leur être assurée, qu'il s'agisse de l'un quelconque des acteurs du réseau ou d'un point de régulation spécifique. Toute personne concernée doit être mise au courant de la structure en réseau qui lui est proposée et des choix qu'elle peut faire dans l'aire géographique où elle vit.
- Le dossier patient doit être réalisé en conformité avec un modèle existant ou faire l'objet d'une modélisation spécifique aux objectifs bien définis. Dans les deux cas, il doit respecter, dans sa composition et son usage, les règles énoncées dans le code de déontologie médicale ainsi que celles qui résultent de la loi sur l'informatique et les libertés. Il doit être mis à jour régulièrement.
- Des informations écrites contribuant à l'éducation du patient doivent être diffusées par le réseau, en sus d'une information orale adaptée, notamment aux

populations dont la culture relève plus de la parole et de l'échange personnalisé que de l'écrit.

### **3. les acteurs (professionnels de terrain ou d'institutions)**

L'expérience montre que ne s'installent dans la durée et ne se développent que les réseaux qui ont organisé leur action autour de deux fonctions principales : la coordination et l'animation-formation des professionnels. Leur capacité d'évolution dépend quant à elle du développement d'une troisième fonction essentielle : l'évaluation.

#### 1/ Coordination

La fonction de coordination est primordiale dans un réseau. Elle évolue avec sa croissance et ses objectifs : régulation et médiation pour les patients et leur entourage (orientation vers le bon professionnel ou le bon service), coordination des professionnels dans leurs pratiques et leurs formations, réflexion stratégique vis-à-vis de l'environnement (public et institutions).

La coordination intéresse aussi bien les divers services concernés d'un ou plusieurs établissements hospitaliers que les professionnels médicaux, para-médicaux, sociaux ou autres qui sont extérieurs à des établissements.

Cette fonction qui prend du temps n'est pas rémunérée par le paiement à l'acte. Pour ces deux raisons, l'Etat a financé avec l'assurance-maladie des postes de coordinateurs dans les réseaux tels que ceux prenant en charge les infections virales chroniques (VIH, VHC) et les pratiques addictives.

#### 2/ Animation et formation des professionnels

Les professionnels d'horizons divers qui participent au réseau doivent se connaître, se rencontrer régulièrement et mettre au point ensemble leurs procédures de communication, qu'ils utilisent ou non l'outil informatique.

Cet aspect, ainsi que l'amélioration des pratiques et de l'organisation de la « trajectoire » du patient, doivent conduire tout réseau à écrire une charte des droits et devoirs de ses membres. Cette charte doit prévoir, pour tous les réseaux ayant une composante de soins, l'obligation pour tous les professionnels de santé de se former à la lutte contre la douleur, en conformité avec l'article 37 du code de déontologie médicale.

L'amélioration constante de la qualité des pratiques passe par l'organisation de formations complémentaires : diagnostiques ou thérapeutiques relatives aux pathologies concernées, mais aussi transprofessionnelles pour répondre aux nécessités du travail en réseau. Le souci de l'amélioration des prestations fournies, comme celui de leur adéquation aux besoins, doit être constant.

#### 3/ Suivi et évaluation

La phase d'analyse des besoins de la population dans une aire géographique donnée est l'étape d'initialisation du réseau. L'analyse ultérieure des pratiques et des résultats du réseau est tout aussi indispensable. Une évaluation interne par suivi régulier, à l'aide d'indicateurs appropriés, précis et prédéterminés, permet à un réseau de prendre du recul par rapport à son action, d'éviter certains écueils, et de gagner du temps dans son évolution. C'est le levier le plus efficace pour accélérer l'évolution du réseau et en confirmer l'utilité et l'efficacité.

Par ailleurs, une évaluation externe des moyens mis en œuvre et des résultats atteints (en terme notamment d'efficacité sanitaire, de satisfaction des patients et d'efficacité économique) est périodiquement nécessaire, par rapport à un nombre limité des critères proposés par le réseau et acceptés par l'Administration.

Un document élaboré par le CREDES et le groupe IMAGE (ENSP) reprend tous les critères indispensables à une bonne évaluation des réseaux de soins (L'évaluation des réseaux de soins : enjeux et recommandations, ouvrage collectif, mai 2001).

Différents types de réseaux ont vu le jour depuis 10 ans, en réponse aux divers textes et dispositifs d'incitation, de soutien et d'encadrement mis en place par les pouvoirs publics et par l'Assurance Maladie.

## **Section 2 : Des réseaux de soins aux réseaux de santé**

### **Quatre types de réseaux de soins ont, dans un premier temps, été définis :**

#### **I. Les réseaux inter-établissements**

Seuls réseaux existants correspondant exactement aux vœux de l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique, ils ne sont pas très nombreux, mais n'entrent pas dans un cadre expérimental, car ils sont fixés par conventions, sont soumis à l'agrément du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et seront susceptibles d'accréditation : il s'agit de réseaux d'urgence entre SAMU et établissements ou entre structures de prise en charge des urgences périnatales, de réseaux télématiques, de réseaux spécialisés (cancer...), de réseaux entre hôpitaux de niveaux différents pour la chirurgie ou pour la formation médicale continue, ou de réseaux de complémentarité d'établissements publics et/ou privés dans la ligne des articles 6 et 7 de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991.

#### **II. Les réseaux thématiques purs : nés souvent (mais pas toujours) à l'hôpital, ces réseaux ont vocation à transmettre un savoir ou un mode de traitement très spécifique, d'abord en intra-hospitalier, puis en inter-hospitalier, puis vers la ville lorsque les malades quittent l'hôpital (réseaux de lutte contre la douleur, de soins palliatifs, de prise en charge de maladies rares, du diabète de type 2, certains réseaux périnatalité, réseaux psychiatriques s'attachant aux retentissements de maladies graves (infection à VIH et/ou à VHC, cancer, pratiques addictives...), majorité des réseaux cancer...**

Ces réseaux sont plus centrés sur les professionnels que directement sur les patients qu'ils ne voient qu'en seconde intention. De ce fait, ils n'ont pas la même limitation territoriale que les précédents (les réseaux diabète couvrent en général une région, les réseaux pour maladies rares peuvent couvrir le quart ou le tiers du territoire national) mais viennent naturellement s'articuler aux réseaux de santé de proximité, ou à d'autres réseaux spécialisés existants.

Si, par leur organisation, ils sont tout à fait voisins des réseaux du type suivant, ils n'ont pas vocation à déborder de leur spécificité, mais leurs forts liens avec les structures hospitalières posent à celles-ci de délicats problèmes d'organisation.

#### **III. Les réseaux évoluant vers des réseaux de santé de proximité**

C'est la grande majorité des réseaux existant actuellement (probablement plus de 1000). Il s'agit de réseaux parfois anciens (15, voire 20 ans) destinés au départ à la prise en compte thérapeutique d'une pathologie complexe ou d'une population complexe. Ils passent ainsi en une dizaine d'années de « réseaux de soins monopathologiques » à des « réseaux de santé de proximité ».

*D'initiatives diverses :*

ils peuvent être lancés par des médecins hospitaliers ou de ville, mais aussi des paramédicaux, pharmaciens d'officine, travailleurs sociaux, cellules RMI, association d'usagers.

*La même logique que les cercles de qualité dans l'industrie :*

l'expérience montre que, comme les cercles de qualité dans l'industrie, ces réseaux ne gardent leur dynamisme que lorsqu'est préservée à tout moment, pour le plus périphérique de leurs membres, la possibilité d'amélioration du dispositif, s'il repère un changement de procédure qui permettrait d'améliorer ou de mieux adapter la réponse que propose le réseau à un besoin de la population. Ce constat va évidemment exactement en sens inverse de la tendance naturelle de tout organisateur, en particulier institutionnel, à figer les dispositifs en tenant compte avant tout de sa propre sensibilité.

*Toujours liés à l'hôpital :*

leurs patients lourds ou chroniques passant évidemment de temps en temps par l'hôpital, ces réseaux y ont tous une attache, même ténue, ce qui pose des problèmes divers d'articulation, de financement conjoint ville-hôpital, voire de conventionnement.

#### IV. Les réseaux prévus par l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale (ordonnance d'avril 96)

Selon cet article, les filières et réseaux de soins étaient « des actions expérimentales dans le domaine médical ou médico-social, sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord des bénéficiaires de l'Assurance maladie concernés, des formes nouvelles de prise en charge des patients, un accès plus rationnel au système de soins, une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention ».

Ces réseaux expérimentaux<sup>1</sup> avaient pour objet de vérifier la viabilité de formes d'exercice fondées sur la prise en charge globale des assurés, tant au plan des soins que de la prévention et, le cas échéant, de l'accompagnement social, et de s'assurer de la pertinence médico-économique des réseaux pour prendre en charge le suivi de pathologies lourdes ou chroniques.

Ils devraient tendre à mieux articuler les responsabilités respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé, chacun possédant les outils permettant au partenaire d'atteindre ses objectifs. Ils devaient le plus souvent identifier des prestations nouvelles, notamment par un mode de rémunération spécifique, organisant ainsi différemment la chaîne des actes de soins.

A cette fin, des dérogations à la réglementation en vigueur pouvaient être autorisées en ce qui concerne la rémunération des médecins, le paiement direct des honoraires, les frais couverts par l'assurance maladie et la participation de l'assuré.

La durée de l'expérimentation avait été fixée à cinq ans, à compter de la publication de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996. Au total, neuf réseaux seulement ont reçu un agrément ministériel, mais de nombreux projets sont restés à l'étude ; par ailleurs beaucoup de réseaux se sont mis en place en dehors de cette lourde procédure institutionnelle<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Les réseaux expérimentaux sont communément appelés « réseaux Soubie » du nom du Président du Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux Expérimentaux de soins (COFRES) chargé de juger l'opportunité des projets.

<sup>2</sup> Il en va ainsi, en particulier, de ceux relevant du code de la Santé Publique, plus fréquemment de nature inter hospitalière (type périnatalité), mais dont certains peuvent avoir une composante ambulatoire et bénéficier

**Vers une seule forme juridique de réseaux : les réseaux de santé, et vers une seule forme de financement : le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS).**

Selon l'article 84 de la loi de modernisation (4 mars 2002) et l'article L. 6321 du Code de la Santé Publique, les réseaux de santé ont les caractéristiques suivantes :

- Ils se substituent aux réseaux de soins (que seuls les établissements de santé pouvaient constituer, avec agrément nécessaire de l'ARH et inscription obligatoire dans le cadre de la planification hospitalière).
- Ils élargissent leurs missions : diagnostic et soins, mais aussi prévention, éducation à la santé, participation à des actions de Santé Publique.
- Ils peuvent prendre la forme de réseaux coopératifs de santé.
- Ils peuvent être :
  - . thématiques purs
  - . de proximité
- Ils devraient pouvoir bénéficier de dérogations tarifaires de l'Assurance Maladie.
- Ils sont autorisés sous la responsabilité conjointe du Directeur de l'ARH et du Directeur de l'URCAM, après avis favorable du Bureau du FIQCS.

Les réseaux disposent, depuis le décret du 15 mai 2007, d'un financement spécifique : le FIQCS, géré :

- au plan national, par le Comité National de Gestion du FIQCS,
- au plan régional, par la Mission Régionale de Santé, qui associe l'ARH et l'URCAM.

Les grandes décisions d'orientation budgétaire du FIQCS sont prises :

- au plan national, par le Conseil National du FIQCS, les décisions d'attribution étant dévolues à un Bureau National du FIQCS ;
- au plan régional, par le Conseil Régional du FIQCS, les décisions d'attribution étant dévolues à un Bureau Régional du FIQCS.

Le Conseil National du FIQCS a ainsi fixé trois grandes « orientations nationales », qui seront reprises au niveau régional :

1<sup>ère</sup> priorité : contribuer à l'organisation d'un système de soins de premiers recours autour du médecin traitant.

Cela comprend le soutien :

- à la création des maisons de santé pluridisciplinaires,
- aux expérimentations visant à l'amélioration des pratiques,
- à la permanence des soins : Maisons Médicales de Garde, régulations libérales, etc.
- aux réseaux territoriaux intervenant dans l'organisation de soins de premier recours.

2<sup>ème</sup> priorité : contribuer à la mise en œuvre des plans de santé publique et à la qualité des soins.

Il s'agit là essentiellement des réseaux qui participent aux grands plans nationaux de santé publique : cancer, soins palliatifs, périnatalité, santé mentale, solidarité grand âge, prise en

---

d'autres sources de financements (Agence Régionale de l'Hospitalisation, Conseil Général). Enfin, de nombreux autres réseaux, plus « spontanés », se sont constitués et les travaux de la Coordination Nationale des Réseaux rendent compte de la diversité et du dynamisme de ce mouvement qui semble porteur d'innovation en matière d'organisation des pratiques.

charge et prévention des addictions, amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

3<sup>ème</sup> priorité : contribuer à l'amélioration de l'efficacité de l'offre de soins.

Cela comprend :

- le développement de l'évaluation (notamment externe),
- le partage de l'information (réseaux de télémedecine, informatisation des réseaux de santé).

A titre indicatif, le budget FIQCS attribué à la Région Midi-Pyrénées pour 2008 est de 11.063.588 Euros. Au plan national, l'enveloppe FIQCS représente aux alentours de 0.1 % de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), ce qui montre son peu de poids dans les dépenses de santé.

## **Conclusion**

L'organisation en réseaux, déjà très opérationnelle aux USA, préfigure-t-elle l'organisation future du système de santé français ? On peut le penser si l'on se réfère au modèle américain des Managed Care Organizations qui couvraient en 2003, 95% des citoyens américains. Il s'agit en fait d'un mode d'organisation dans lequel existe un couplage entre les financeurs (assureurs) et les fournisseurs de soins (professionnels), afin d'optimiser la prise en charge et d'assurer l'allocation la plus rationnelle possible des ressources. On observe toutefois, aux USA, depuis les années 2000, une remise en cause et un certain reflux de ce type de prise en charge au profit de produits d'assurance plus traditionnels. La réflexion actuelle sur la mise en œuvre du financement à la pathologie manifeste l'intérêt des pouvoirs publics et de l'Assurance Maladie pour ce type de dispositif. Les contraintes financières très lourdes qui pèsent sur le système de santé Français (déficit abyssal de l'Assurance Maladie) laissent toutefois peu de marges de manœuvre pour le développer.