

# **Les réseaux, une contribution majeure à la réorganisation du système de santé**

**Dr. Régis Aubry**

Président fédération des réseaux de santé de Franche-Comté  
Président Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs  
Responsable service de soins palliatifs CHU Besançon

<b>1 Rappels sémantiques</b> .....	p 2
1-1 / Concepts de trajectoire, filière, réseau de soins, réseau de santé	
1- 2 / Définitions d'un réseau de santé	
<b>2 Rappels historiques</b> .....	p 3
2-1 / La santé... ou une histoire de cloisonnements	
2-2/ L'histoire des réseaux ... ou vers un décloisonnement du système de santé	
<b>3 Comment les réseaux de santé peuvent-ils être un maillon essentiel de la réforme du système de santé ?</b> .....	p 8
3-1 Les enjeux majeurs des réseaux de santé en France.....	
3-2 Ces enjeux nécessitent des changements qui touchent aux fondements structurels de l'organisation actuelle de la santé.....	p 10
3-3 Quelles sont les fonctions indispensables au bon fonctionnement d'un réseau ?.....	p 12
3-4 Comment le champ social peut-il être pris en compte ?.....	p 18
3-5 Qu'en est-il du statut juridique pour les réseaux de santé ?.....	p 19
<b>4 Conclusion : vers une réorganisation du système de santé</b> .....	p 22
<b>Bibliographie</b> .....	p 24

# 1 Rappels sémantiques

## 1-1 / Concepts de trajectoire, filière, réseau de soins, réseau de santé

La trajectoire d'un patient décrit le parcours, les étapes suivies par un patient du diagnostic au traitement d'une maladie. Chaque patient est singulier, sa trajectoire est individuelle.

La filière est le regroupement des trajectoires typiques ou fréquentes et, de ce fait, susceptibles d'une certaine modélisation.

La notion de filière est associée à une organisation à caractère plutôt vertical et individuel.

Les éléments suivants ont été retrouvés dans la littérature pour décrire une filière de soin : « *organisation verticale de la prise en charge du patient* », « *perspective de continuité des soins* », « *absence de rupture ou d'incohérence dans la prise en charge d'un malade* ».

On peut parler de filière de soin ou de santé. Elle décrit des trajectoires.

Les éléments de caractérisation d'une filière sont donc des lieux de passage, des quantités d'aide et de soins, des temps de passage ou encore des coûts...

La notion de filière de soins est évoquée également pour le suivi des patients par un médecin généraliste référent (notion définie en 1999). Les patients désireux d'une coordination de leurs soins font appel au médecin généraliste pour avoir accès aux compétences d'autres médecins par exemple ou bénéficier d'examen. Le point central n'est plus le malade mais le médecin référent associé au malade. La gestion est assurée par un opérateur institutionnel.

Le réseau devient alors un moyen d'organiser les filières.

La notion de réseau insiste sur l'organisation horizontale

Les éléments suivants ont été retrouvés dans la littérature pour décrire un réseau : « *Ensemble de moyens* », « *aire géographique* ». Les réseaux de soins offrent une prise en charge globale et coordonnée des patients atteints d'une pathologie lourde ou chronique.. La circulation des informations et des expériences, la coordination au sein du réseau favorisent l'évolution même du réseau et des pratiques de tous les professionnels. Rien n'est ici imposé et l'on peut dire que cette structure est en perpétuelle évolution au fur et à mesure qu'elle se construit et que les circonstances changent.

De la notion de réseau de soins à celle de réseau de santé : élargir la définition en englobant le secteur sanitaire et le champ social.

Le réseau de santé inclut très souvent la notion de soins. Il est constitué non seulement par des professionnels du secteur sanitaire hospitaliers ou de ville, privés ou publiques, mais également par ceux du champ social, et par des associations d'usagers, de quartiers, par des institutions locales ou décentralisées.

L'activité d'un réseau de santé comprend donc la prise en charge des personnes malades, mais aussi les activités de prévention collective et l'éducation pour la santé pour des personnes à risque.

Tous les réseaux de soins ne sont donc pas des réseaux de santé.

## 1- 2 / Définitions d'un réseau de santé

### - Pour la **Coordination nationale des réseaux (CNR)**

« ...ils constituent à un moment donné sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté ».

### - Pour la **fédération de lutte contre le cancer**

« Le réseau est un ensemble de plusieurs personnes physiques ou morales dites «acteurs de réseau », dispersées dans une zone territoriale, de compétences différentes et complémentaires, qui agissent pour un objectif commun selon des valeurs et des normes partagées, sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la prise en charge d'une communauté de malades ».

### - Dans le **code de la santé publique**

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination et la continuité des prises en charge tant sur le plan de l'éducation, de la prévention, du diagnostic que des thérapeutiques ».

### - **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin.

« 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 de leurs prestations. Ils sont constitués entre professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organismes à vocation sanitaires et sociales, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

## 2 Rappels historiques

### 2-1 / La santé... ou une histoire de cloisonnements

#### Le clivage entre les domaines du sanitaire et du social :

Avec la naissance de la sécurité sociale en 1945, la santé se scinde en deux champs : le sanitaire, pour tout ce qui concerne la maladie - prévention, dépistage, diagnostic et traitement - et le social pour les aspects environnementaux de la santé – le logement, les aides au maintien à domicile... -

Le « sanitaire » est régi depuis 1970 par la loi hospitalière puis par la loi du 31 juillet 1991 « portant sur la réforme hospitalière » (Loi 91-748 du 31 juillet 1991) ;

Le « social et le médico-social » sont régis par la loi du 30 juin 1975 qui actuellement fait l'objet d'une révision (Projet de loi rénovant l'action sociale et médico -sociale).

Cependant, les bénéficiaires sont de plus en plus nombreux ; les dispositifs deviennent de plus en plus diversifiés et complexes, évoluant du système de financements croisés mis en place par la réforme de 1953 à la décentralisation opérée par la loi du 22 juillet 1983. Avec

cette dernière loi, le département reçoit une compétence de droit commun en matière d' aide sociale notamment.

C'est la mécanique budgétaire qui finit d'éclater l'organisation sanitaire et sociale par le biais des enveloppes globales.

On peut comparer l'organisation du secteur sanitaire à un empilement de cloisonnements: cloisonnements entre administration et acteurs de santé, entre « ville » et « hôpital », entre « privé » et « publique »... Sur le plan de l'organisation, chaque époque, et pratiquement chaque gouvernement a élaboré une réforme de la santé en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficacéité du système. Malheureusement, chaque mise en oeuvre du changement s'est soldée par une complexification ; tout s'est toujours passé comme si le temps et les réformes aboutissaient à la constitution progressive d'un véritable « mille feuilles » de complexité. Nous pouvons aujourd'hui trouver que le système de santé est assez technocratique, et d'une complexité abyssale qui ne semble plus pouvoir être simplifiable. Nous voyons qu'il se complique au gré des tentatives de simplification. Peut-on réformer sans changer ? Peut-on mieux faire avec l'existant ? Cette réflexion est un enjeu majeur pour notre avenir démocratique et pour le maintien d'un haut niveau de qualité et d'égalité des soins délivrés aux personnes malades.

Des clivages à prévoir liés aux progrès dans le champ de la santé.

L'allongement de l'espérance de vie et l'amélioration de la qualité de vie sont les conséquences indéniables d'un siècle de formidables progrès dans le domaine de la santé. Ainsi, de plus en plus de personnes vivront de plus en plus longtemps avec des maladies de plus en plus graves.

Il ne faudrait pas méconnaître les conséquences socio économiques de ce progrès, qui peuvent être sources de clivages entre jeunes et vieux, entre bien portants et malades, entre actifs et passifs...

Le paradoxe entre l'augmentation des savoirs et la stabilité de l'organisation du système de santé et des pratiques médicales

La quantité de connaissances, de savoirs d'un médecin double tous les dix ans. Il est donc impossible aujourd'hui qu'un médecin prétende tout savoir et tout faire. Une conséquence de cette évolution, qui peut être fâcheuse si elle se poursuit à l'excès est la suivante : plus la médecine progresse, plus elle se spécialise, plus elle se sectorise et se cloisonne. Il existe ainsi des cloisonnements entre la médecine générale et les spécialités, mais aussi au sein même de spécialités.

L'apprentissage de nouvelles pratiques partenariales, de nouvelles manières de travailler, de modalités d'échange et de partage des savoirs s'impose.

Trop de libertés...tue l'équité et l'égalité

A l'origine de la création de la Sécurité sociale, il y avait un souci d'équité et d'égalité, essentiel dans une démocratie, aboutissant à la prise en charge financière des soins médicaux et para médicaux pour tous.

La liberté, autre valeur intrinsèque à toute démocratie est étonnamment venue modifier la volonté d'égalité:

- liberté des malades : libre choix de leur(s) médecin(s), qu'il(s) soit en secteur 1 ou 2, libre choix de leurs soignants, libre choix entre médecine libérale ou hospitalière, liberté de changer de médecin;
- liberté des médecins : choix du lieu d'installation, choix des correspondants, liberté de prescription ;

- autonomie « relative » des tutelles régionales (ARH, URCAM) et locales (caisses d'assurance maladie) ...

..Ces différentes libertés peuvent paradoxalement générer des inégalités : inégalité de l'offre de soins et des pratiques d'une région à l'autre, inégalité de la démographie médicale et soignante dans certains départements, inégalité de prise en charge entre Caisses d'Assurance Maladie, et pour finir inégalité de prise en charge financière...

## 2-2/ l'histoire des réseaux ... ou vers un décloisonnement du système de santé

- *Les réseaux relationnels.*

Ces réseaux existent déjà depuis longtemps sous la forme d'un ensemble de correspondants privilégiés d'un médecin généraliste par exemple. Ce dernier a en effet ses habitudes de travail avec certains médecins, pharmaciens, laboratoires d'analyses, services ou référents hospitaliers, infirmières... C'est la motivation, la proximité et les relations personnelles qui sont à leur origine. La communication, les affinités entre personnes, les reconnaissances mutuelles sont à la base des réseaux relationnels. Toutefois, ces relations, si elles sont nécessaires à la pratique du travail en réseau ne sont pas suffisantes pour le définir en tant qu'organisation.

Mais ce type de réseau « primaire » oblige à une réflexion qui sera toujours à rappeler : un réseau ne se décrète pas, il s'éprouve.

- *Les réseaux ville hôpital.*

Dès 1991, la circulaire N° 3678156 du 14 avril mentionne les chartes, objectifs des réseaux de ville.

La circulaire du 3/06/1993 invite à constituer des « réseaux coordonnés des divers hôpitaux, cliniques et professionnels de santé implantés dans une même zone sanitaire afin de se doter chacun de missions non plus concurrentes mais complémentaires ».

La même année, la loi N° 93-8 du 4/01 relative aux relations entre professionnels de santé et l'assurance maladie et le décret 93-1302 du 14/12 permettent la création des URML en vue de contribuer à l'amélioration du système de santé.

Dès lors, et jusqu'en 1996, on assiste à la naissance du travail en réseau par le biais de circulaires relatives à la promotion de ce nouveau type de travail en équipe.

Les premiers réseaux mis en place s'occupaient de la prise en charge de personnes infectées par le VIH ou de toxicomanes.

Ce modèle de réseau comporte des limites que l'on a pu rapidement identifier : fondé sur la volonté et le militantisme, il est soumis aux aléas du charisme, de l'épuisement ou du découragement du leader. L'absence de base financière sérieuse, l'absence de hiérarchie, font qu'il est contraint de fonctionner avec un effectif peu important.

- *Les réseaux expérimentaux ou réseaux SOUBIE.*

Les ordonnances d'avril 1996 relatives à la maîtrise des dépenses de santé (article L. 162-31-1) multiplient les invitations à la création de réseaux. Ces ordonnances avaient pour but de répondre aux besoins de la population, de replacer le patient au centre d'un projet de soins, de créer des réseaux de santé pour favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins.

Ces actions expérimentales menées dans des domaines médicaux ou médico-sociaux, pouvaient consister à mettre en place des filières de soins organisées à partir des médecins

généralistes, des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques, tout autre dispositif répondant à ces objectifs. Tous ces projets d'expérimentation pouvaient être présentés par des personnes physiques ou morales et étaient agréés par le ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale. Cette expérimentation s'est terminée en 2003.

- *Les réseaux de soins fédérant les établissements de santé.*

Ces dispositions sont reprises par l'ordonnance du 24 avril 1996 (article L. 712-3-2) et la circulaire DH/EO N° 97-277 du 09/04/1997 qui précise que la « création du réseau peut être à l'initiative d'un établissement de santé ou sur les propositions de médecins libéraux, de professionnels de santé ou d'organismes médico-sociaux ». Cette circulaire laisse aux établissements publics une place de choix pour améliorer l'orientation du patient, la coordination, la qualité et la continuité des soins en association avec les professionnels libéraux et les organismes à vocation sanitaire ou social. Le but essentiel de ce test réglementaire est le décloisonnement ville- hôpital.

Ces réseaux couvrent l'ensemble du champ des activités de soins et peuvent donc s'adresser soit à une population ciblée (personnes âgées, toxicomanes...), soit à des types de pathologies (cancers, maladies mentales...), soit à un type d'activité (urgences, réanimation...). Ils dépendent du code de la santé publique.

Les établissements de santé concernés passent alors des conventions avec les ARH pour les contrats d'objectifs et de moyens.

Ce type de structure impose que l'élément « organisation » ait une place prépondérante pour un bon fonctionnement.

Il s'agit d'un commandement direct par une administration centralisée qui prend la majorité des décisions. L'exemple de ce modèle de réseau est la création de secteurs psychiatriques. Dans une zone géographique donnée, se trouve l'ensemble de ses structures et des compétences qui prennent en charge des malades dépendant de cette zone. Ce réseau, entre autre, privilégie la médecine ambulatoire.

Mais là encore, les limites de ce type de réseaux apparaissent rapidement :

- La qualité des soins dépend de la coopération des différentes structures et intervenants que l'on oblige à travailler ensemble,
- Les décisions peuvent être perçues comme venant d'en haut, et, en l'absence de volonté des acteurs de terrain, un tel type d'organisation peut vite devenir purement administratif.

- *Les réseaux dits « FAQSV ».*

L'article 25 LFSS du 27 12 98 et le décret 99-940 du 12./11/1999 relatif au financement de la sécurité sociale ont institué au sein de la CNAM un Fond d'Aide à la Qualité des Soins en Ville (FAQSV) qui tente d'élaborer un projet de financement des actions à caractère régional et destinées au développement des réseaux de soins.

Ce FAQSV a pour but d'aider les réseaux à se structurer en contribuant au financement de toute action concourant à l'amélioration de la qualité de prise en charge globale des patients.

Créé pour une durée initiale de 5 ans (jusqu'au 31 12 2006) au sein de la CNAMTS, il est régionalisé pour 80% au sein des URCAM.

Ses ressources proviennent de la participation au régime obligatoire des assurances maladies et les budgets débloqués pour ces aides sont révisés tous les ans au nom de la loi sur le financement de la sécurité sociale. Ils permettent des actions nationales et régionales afin d'améliorer la qualité des soins et la coordination en favorisant la recherche, les études, les équipements et le fonctionnement des réseaux.

Toujours en 1999, la Circulaire DGS/DAS/DH DIRMI N° 99-648 du 25/11 énonce sous la forme d'un cahier des charges, les grandes règles de fonctionnement des réseaux en insistant notamment sur la nécessité de structurer la coordination, la formation et l'évaluation.

- *La cinquième enveloppe*

Le cadre réglementaire précité se voit complété et progressivement remplacé par l'application de la Loi du 04/03/2002 visant à garantir les droits des malades et la qualité du système de soins.

Cette loi va certainement modifier en profondeur les relations entre les citoyens assurés sociaux, les médecins, les soignants et le système de santé. En effet la personne malade devrait occuper une place d'acteur de sa propre santé mais également d'acteur du système de santé. C'est la notion de démocratie sanitaire. Le patient a des droits mais aussi des responsabilités. Sur le fond cette loi témoigne d'une évolution sociologique importante car le malade n'est plus un objet mais un acteur de soins.

Concernant la qualité du système de santé, il apparaît un élément important concernant les réseaux de santé. Les articles L. 6321-1 du code de la santé publique et L. 6121-43 du code de la sécurité sociale permettent de remplacer les anciens réseaux SOUBIE et hospitaliers vus précédemment par des réseaux pour lesquels est prévue une enveloppe budgétaire spécifique, financée sur l'ONDAM. C'est la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 qui crée la dotation nationale de développement des réseaux sous la forme d'une « cinquième enveloppe » qui sera déclinée en dotation régionale ensuite. Le décret du 25 octobre 2002 n°2002-1298 portant application des articles L162-43 et L162-46 du code de la Sécurité Sociale fixe les modalités d'organisation de cette décision conjointe des directeurs de l'ARH et de l'URCAM pour le financement.

Le décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 portant application de l'article L6321 -1 du CSP permet d'établir les critères de qualité et les conditions d'organisation de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé. Ce décret est une sorte de cahier des charges national des réseaux de santé. Il définit les éléments indispensables de fonctionnement des réseaux qui veulent bénéficier de financement par la 5° enveloppe...

- ...Vers un décloisonnement du système de santé

La loi du 04 03 02 aborde la notion de statut juridique des réseaux sous la forme de coopération sanitaire...L'ordonnance n° 2003 -850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l' organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d' établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation institue un nouveau modèle de structuration juridique pour les réseaux de santé : le groupement coopératif sanitaire. Il est possible, à condition de mesures d'adaptation qui restent nécessaires, que ceci préfigure le statut juridique des réseaux de santé.

Enfin cette loi introduit la notion de régionalisation de la politique de santé avec notamment la création de conseils régionaux d'organisation sociale et médico -sociale qui aideront à la définition des priorités nationales de politique de santé. La encore l'articulation entre les champs sanitaire et social semble se renforcer.

Deux lois ont été proposées au parlement, qui pourraient compléter cette notion : la loi de santé publique et la loi de décentralisation du système de santé. Ces deux textes prévoient de nouvelles attributions aux collectivités territoriales - particulièrement les conseils régionaux - dans le champ sanitaire.

### **3 Comment les réseaux de santé peuvent-ils être un maillon essentiel de la réforme du système de santé ?**

Dans le contexte actuel (évolution démographique allant dans le sens du vieillissement de la population, inflation des coûts générés par le progrès dans le champ de la santé, recherche d'harmonisation européenne), les réseaux de santé peuvent être considérés comme une proposition de réorganisation du système de santé pour une équité de l'offre de soin, une égalité d'accès à cette offre. Ils sont également porteurs de la notion de continuité des soins dans un contexte de cloisonnement de la santé et de morcellement de la médecine en spécialités.

En eux-mêmes ils ne peuvent prétendre répondre à « la crise » du système de santé. Par contre en ce qu'ils proposent de coordonner, de créer des liens, de modifier les systèmes de communication, de coopération, ils peuvent prétendre apporter une valeur ajoutée en termes de qualité des soins, qualité de la santé, tout en générant des économies de système.

Les réseaux de santé doivent également être considérés comme un changement culturel important. Ce changement concerne aussi bien les professionnels du monde de la santé – en modifiant leurs pratiques professionnelles – que les citoyens, les personnes malades, les usagers du système de santé – qui deviennent plus acteurs et donc plus responsables du système.

Pour répondre aux attentes actuelles des citoyens et aux exigences d'une société moderne, marquée par le souci de la démocratie ; pour permettre la poursuite du progrès dans le champ de la santé, les réseaux peuvent être considérés comme une proposition essentielle.

#### **3-1 Les enjeux majeurs des réseaux de santé en France**

Ce sera probablement le cas si cette organisation diminue l'entropie du système de santé, c'est à dire qu'elle génère une économie de système (simplification et facilitation de l'accès aux soins, de leur permanence et de leur continuité avec limitation ou non inflation des coûts) et apporte une plus-value en matière de qualité des soins, de qualité de vie et d'égalité d'accès aux soins.

Depuis plusieurs années, on l'a vu, on assiste à la multiplication des tentatives de réseaux de santé. Un recensement récent faisait état de près de 1000 réseaux sur la France entière couvrant un vaste champ de pathologies.

Mais avant de poursuivre dans cette voie, il convient d'essayer d'analyser la réalité des apports de cette nouvelle forme d'organisation de l'offre de soins.

C'est effectivement l'évaluation des réseaux qui permettra de lever les interrogations qui demeurent autour de l'amélioration du service rendu au patient (par exemple, un retour à domicile organisé et coordonné, la mise en place d'aides à domicile s'il y a perte d'autonomie). Il sera nécessaire de montrer qu'il y a un recul de l'institutionnalisation des personnes âgées placements en maison de retraite, en Unité de Séjour de Longue Durée.

C'est également l'évaluation qui pourra montrer la limitation potentielle des coûts engendrés : (par exemple en diminuant les durées moyennes de séjour à l'hôpital en libérant la filière d'aval).

C' est enfin l' évaluation qui devrait permettre l' évolution, l' adaptation des réseaux, leur ajustement aux progrès de la médecine, de la santé, de l' amélioration des savoirs.

Il existe bien évidemment un effet de mode incontournable, au moins de façon transitoire, mais on doit penser aux enjeux fondamentaux des réseaux de santé pour finir de se convaincre de la nécessité de poursuivre la modification du système déjà en place :

### 1 –Décloisonner

La médecine moderne nécessite le recours à de multiples acteurs dont les activités ne peuvent qu'être coordonnées. Or, le cloisonnement régit l'organisation de la médecine actuelle : prévention ; médecine curative et palliative ; secteurs social et médical, hospitalier et ambulatoire, privé et public ; médecins généralistes et spécialistes ; personnels administratifs et professionnel de santé. Les réseaux de santé permettent d'apporter une tentative de réponse à ce système un peu figé, cloisonné entre les différents champs d'application de la santé.

### 2 – Coordonner

Certains parlent d'un rendement insuffisant du système de santé, sur le plan médical mais également économique. Une des causes est certainement le manque de coordination entre acteurs de santé. Les exemples de sous optimalité de notre système actuel sont nombreux et bien documentés.

La mise en réseau des différents acteurs sociaux, médicaux, institutionnels permettrait d'obtenir des résultats plus efficaces, plus rapides et souhaitons le, moins onéreux.

### 3 –Responsabiliser et démocratiser

Il faut également replacer le patient au centre du système à un moment où les usagers de la santé expriment de plus en plus largement leur intérêt pour les aspects qualitatifs des soins. Le réseau permet alors de s'organiser autour de chaque patient en s'intéressant à ses besoins et à ses attentes et en lui redonnant un rôle actif dans la prise en charge de ses problèmes de santé.

La réorganisation du système de santé a également pour objectif de favoriser l'égalité d'accès au soin et l'équité du soin.

### 4 – Améliorer la qualité des soins et de la santé

C'est à priori l'enjeu majeur des réseaux.

Le pré-supposé des réseaux, vérifié par les premières évaluations, est le suivant : l'addition des compétences des acteurs de santé d'un réseau est plus performant que la juxtaposition de ces mêmes compétences hors du fonctionnement en réseau.

Cette performance naît de deux principes :

- Un principe majeur d'un tel système est de revaloriser les professionnels de santé et d'accroître leur compétence par le biais d'une formation multidisciplinaire : médecins généralistes et médecins spécialistes ; IDE, kinésithérapeutes, aides soignantes ; intervenants du champ social, institutionnel et administratif, juridique et éthique. Un accroissement de la compétence collective des professionnels de santé aboutit alors à une nouvelle répartition des tâches et des responsabilités.

On peut s'interroger sur la place de la formation des personnes malades et des aidants naturels, des proches, dans un système où ceux-ci doivent être considérés comme des acteurs de santé.

- Un autre principe des réseaux est l'amélioration de la communication. Se connaître, se respecter, pour mieux communiquer. Le développement des nouvelles techniques

d'information et de communication est également une formidable opportunité. Il doit permettre aux acteurs du système de santé de mettre en place des outils inter-opérables destinés à faciliter la communication, à l'améliorer, à l'accélérer. En développant de telles technologies c'est aussi l'information, la formation, la traçabilité que l'on améliore. C'est également, par devers ces modalités exhaustives de recueil de données, un formidable outil de recherche en santé publique et en épidémiologie qui se met en place pour l'avenir.

### **3-2 Ces enjeux nécessitent des changements qui touchent aux fondements structurels de l'organisation actuelle de la santé :**

1- Il y a évidemment nécessité d'un changement organisationnel, essentiellement marqué par la mise en place de passerelles entre les différents secteurs de la santé et d'une coordination de l'ensemble du système.

2- Mais il y a nécessité d'une modification des pratiques professionnelles, d'une transformation des relations entre les professionnels de santé portant notamment sur les mécanismes de coopération, de coordination et de formation, afin d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et de rendre plus rationnelle leur trajectoire au sein du système de santé. Il faut donc envisager de modifier la formation des acteurs de santé ; ceci laisse entrevoir que le temps est un facteur essentiel pour pouvoir évaluer si la modification d'un système atteint les objectifs que l'on en attend.

3 -Il y a également nécessité de penser aux avantages d'une nouvelle dynamique partenariale entre acteurs de santé, mais aussi entre malades, familles, décideurs, payeurs du système. De ces nouveaux rapports marqués eux aussi par la transversalité pourrait bien émerger une véritable dimension de responsabilité citoyenne, essentielle pour l'avenir d'une démocratie.

4 -Enfin, et le point précédent ouvre également à cette réflexion, l'enjeu économique des soins reste une des préoccupations principales et les réseaux doivent de ce point de vue avoir un rôle d'exemple. En effet, comme tout système de production, il doit permettre de produire au moins autant que son prédécesseur, sinon plus ou mieux, mais à enveloppe financière égale ou moindre.

Mais pour vérifier l'hypothèse d'une meilleure efficacité de ce système, il faut avant tout identifier la différence entre les économies potentielles et les surcoûts liés à cette nouvelle organisation. Il faut ensuite le comparer au système actuel afin de prouver sa supériorité. Si on reprend la liste des économies financières potentielles liées à la mise en place de réseaux de santé on peut espérer :

- réduire les hospitalisations inutiles ou trop longues par le biais d'une meilleure coopération entre professionnels, d' une meilleure anticipation dans les transferts ville hôpital et hôpital/ville.
- mieux adapter les thérapeutiques en limitant les abus.
- diminuer le nombre d'actes inutiles, essentiellement les examens complémentaires et les consultations spécialisées ou non, par une meilleure circulation de l'information.

Malheureusement, la participation à un réseau de santé suppose d'autres contraintes que celle d'une activité hors réseau et donc d' autres coûts. On peut alors citer les formations médicales continues, les participations à des consultations interdisciplinaires, des temps de consultation plus longs, le financement de nouveaux métiers (coordinateurs, responsables de

communication), rémunération pour les dérogations forfaitaires, frais liés aux soins à domicile...

Il est tentant de croire que le développement des réseaux peut se faire sans changement ni surcoût.

C'est un investissement sur le changement. Cet investissement peut déboucher sur de substantielles économies, certes. Mais il a un coût initial en terme de formation pour aboutir à une nouvelle culture du soin, un changement des pratiques, de nouvelles fonctions et peut-être nouveaux métiers dans le champ de la santé.

On doit à notre avis faire ce pari de l'investissement dans le domaine des réseaux : il faut certainement accepter de perdre un peu pour gagner beaucoup. L'augmentation initiale des coûts par investissement sur les nouvelles pratiques et les nouveaux métiers générés pourrait être source d'économies ultérieures.

N'oublions pas que l'finalité est aussi et surtout une amélioration de la qualité du service rendu, de la qualité des soins, de la qualité de vie des personnes malades...

Il paraît de toute façon illicite d'établir un bilan dès aujourd'hui, et qui ne pourrait être que prévisionnel. L'organisation actuelle du système de santé semble de toutes façons avoir montré ses limites, ses carences et ses insuffisances; l'organisation du travail en réseau pourrait bien être une nécessité. Mais attention : les réseaux peuvent être des moteurs de l'évolutivité du système de santé, si ils restent des outils simples d'utilisation, souples, adaptables ; il ne faut pas qu'ils deviennent de nouvelles institutions, de nouvelles administrations qui viendraient s'ajouter à celles existantes. Il ne faut pas également que les réseaux de santé se juxtaposent les uns aux autres; cela pourrait recréer des cloisons là où chacun prétend vouloir décroisonner. Il s'agit donc de penser dès maintenant à des mutualisations possibles, des simplifications pour que le système réseau ne devienne pas un « machin » inutilisable.

Concrètement se pose également le problème de la structuration juridique des réseaux de santé, ou mieux, des fédérations de réseaux ; il semble que le principe de groupement coopératif sanitaire, tel qu'il se dessine dans l'Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé soit le projet optimal garantissant autonomie, indépendance, liberté et assurance aux participants, qu'ils soit individus ou personne morale, relevant du secteur privé ou public.

Pour conclure : les réseaux nécessitent un choix politique, voire un courage politique ; tout changement rencontre des résistances dans le champ de l'ordre établi, des corporatismes et des archaïsmes

Mais ils ne seront jamais que ce que nous en ferons, en tant qu'acteurs de santé et en tant que citoyens ; les réseaux sont actuellement portés par des personnes au profil militant, souvent idéalistes. Si ces personnes ne sont pas relayées, si leur engagement et leurs actions ne sont pas reconnus, le changement risque bien d'être « étouffé dans l'œuf ».

### **3-3 Quelles sont les fonctions indispensables au bon fonctionnement d'un réseau ?**

#### **1 – La Formation.**

La formation est également un élément essentiel au fonctionnement des réseaux.

Nous ne parlerons pas de la formation continue classique, « mono disciplinaire » proposée aux médecins ou soignants dans des domaines particuliers de la médecine.

Les réseaux de santé génèrent la nécessité d'une formation multidisciplinaire, regroupant les acteurs du champ médico-psycho-social, public et privé, intervenant auprès des personnes malades.

#### **Ses objectifs sont simples :**

- Définir le soin transversal et global en confortant ses propres connaissances, en respectant la spécificité de chaque intervenant auprès de la personne malade.
- Acquérir des compétences sur le travail en multidisciplinarité en respectant les rôles professionnels tenus par chacun, et en s'assurant des droits et devoirs de chacun en matière de partage d'informations.
- Etudier les possibilités, les moyens et les limites de la communication entre professionnels, avec les personnes malades.
- Aborder les questions de prévention, d'éducation à la santé .
- Acquérir de nouvelles compétences dans des domaines plus spécifiques.

Cette dynamique permet aux différents acteurs de se rencontrer, de mieux se connaître, d'apprendre à se positionner en tant que professionnel, bref d'apprendre à travailler en réseau.

#### **Les méthodes pédagogiques doivent être basées sur l'interactivité.**

Elles doivent également respecter la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité dans les modes d'exercices (hospitalier, privé, public, libéral) et dans les compétences afin de préserver la richesse et la complémentarité des échanges. Enfin, elles doivent privilégier les discussions autour d'éléments pratiques comme le vécu par exemple de chaque professionnel, tout en conciliant les apports théoriques, et d'autres sujets comme la gestion des groupes ou des émotions.

La formation doit donc être confiée à des personnes compétentes (compétence professionnelle spécifique et compétence pédagogique)

Se pose donc la nécessité de la formation des formateurs afin que ceux-ci puissent acquérir des compétences en pédagogie et transmettre leur savoir. Cette formation doit être reconnue pour les formateurs afin qu'elle le soit également pour les « formés ».

#### **Le financement**

C'est encore une fois la question du financement de cette formation qui constitue un point difficile. C'est la multidisciplinarité, point essentiel on l'a vu, qui est à l'origine de cette difficulté car les compétences regroupées, qu'il s'agisse des formateurs ou des formés, sont nombreuses et variées. Ceci impose autant de cahiers des charges à fournir aux organismes financeurs et donc autant de modalités de financement différents. A noter que la 5ème enveloppe prévoit la possibilité du financement des formations multidisciplinaires. Ces formations peuvent être communes à plusieurs réseaux de santé.

Reste que pour les formations mono disciplinaires, spécifiques à chaque réseau, à chaque thématique, il faudra toujours obtenir l' agrément des financeurs de formations continues, aussi multiples et variés que les acteurs de santé auprès desquels ceux-ci cotisent...

### **Deux autres questions peuvent également se poser :**

- Faut-il reconnaître la formation réseau comme une formation continue ?
- Toute action de formation se doit d'être évaluée. Comment évaluer cette formation, notamment sur la dynamique du réseau ?

## **2 – L'information et la communication.**

**L'hypothèse est la suivante : si on améliore la communication entre les différents acteurs intervenant auprès de malades pouvant dépendre d'un réseau, on estime que la mobilisation des ressources engagées pour ces malades sera plus efficace et plus rapidement efficace.** La qualité des soins devrait se trouver améliorée par l'amélioration de la communication et les transferts d'information.

### **Cette communication doit pouvoir s'effectuer à tous les niveaux :**

- au lit des malades par le biais de cahiers de transmissions et de fiches d'évaluation des symptômes, lien entre les différents intervenants (médecin, aide soignante, IDE, kiné, bénévoles, famille, malade...). Ceci reste valable pour le domicile et les institutions.
- entre les différents acteurs du réseau et quel que soit l'endroit où ils se trouvent. Il est souhaitable d'imaginer un système de communication suffisamment rapide pour permettre de répondre à tous les questionnements dans des délais respectant l'intérêt des patients. En effet, dans le cadre des réseaux, il faut tenir compte de la multiplicité des intervenants, de la distance géographique entre les personnes et de la diversité des questionnements.

### **Les outils de communication**

Le téléphone garde son importance pour répondre à des problèmes d'urgence. Aujourd'hui encore, seul le téléphone permet de mettre en lien immédiatement un acteur de soin confronté à ses limites de savoir et une équipe ressource, à condition que le téléphone ne soit pas monopolisé par les communications ne relevant pas de l'urgence. Si l'on veut que le téléphone puisse jouer ce rôle d'aide à la résolution des problématiques urgentes, il faut envisager d'autres modes de communication pour tout ce qui sort de l'urgence.

L'avenir dans ce domaine semble être tourné vers les nouvelles techniques de communication et notamment l'informatique avec les messageries Internet et les dossiers médicaux informatisés. Là encore va se poser très rapidement la question de la place de professionnels de la communication, nouveaux métiers dans le champ des réseaux.

### **Questions de droit**

Au-delà de la question de l'outil de communication se pose la question des limites et du droit. Si l'on considère que le travail en réseau est bénéfique à la personne malade parce qu'il y a un enrichissement de la réponse à un problème médico-social donné grâce à la dynamique pluridisciplinaire, le partage de l'information apparaît comme une nécessité.

La prise en charge d'un patient par un réseau de soins pluridisciplinaire rend nécessaire le partage des informations qui le concernent afin d'assurer une réelle continuité des soins et de conserver une place centrale au patient. Ce partage des données est également multidirectionnel. Dès lors, la question du secret professionnel et du secret partagé se pose. La notion de secret professionnel est rappelée dans les textes de lois : le code de l'infirmière (Mexique en mai 1978), article 378 du code pénal (concernant les médecins, les chirurgiens, les

autres officiers de santé, les pharmaciens, les sages-femmes...) et le code de déontologie de 1995.

Ce secret professionnel concerne tous les acteurs directs de la prise en charge des malades (médecins, soignants, kiné, laboratoires...). Les acteurs indirects tels les auxiliaires de vie, les actionnaires ou les gestionnaires des institutions ne sont pas soumis légalement au secret. Pourtant ils peuvent être amenés à collaborer dans le cadre du réseau et ne doivent en aucun cas être exclus totalement de l'accès à certaines informations concernant les patients pris en charge par les réseaux. La rétention de certaines informations pourrait être préjudiciable pour les patients mais aussi pour le fonctionnement du réseau lui-même. Il est donc clair que ces acteurs indirects doivent respecter le secret des informations auxquelles ils ont eu accès au travers du réseau.

Le partage de l'information pose donc problème. Il y a plus qu' un glissement sémantique quand on passe de la notion de secret médical, expression du colloque singulier malade médecin à la notion de secret professionnel puis à la notion de secret professionnel partagé. Que peut on dire à tel ou tel partenaire? La question se pose d'autant plus que les intervenants sont multiples et que le champ des intervenants s'élargit parfois au champ médico-social. Cette réalité est à l'origine de la notion de secret de groupe qui relève alors plus d'une exigence de discrétion que de secret. A ce sujet la position de l' ordre national des médecins ne semble pas encore aboutie et cette difficulté est de toute évidence une entrave au développement des réseaux.

A ce jour, il est nécessaire d' adopter une véritable démarche éthique concernant ce délicat problème; il est souhaitable:

- d' élaborer une liste des informations auxquelles les acteurs directs et indirects pourraient avoir accès en prenant soin de bien redéfinir les termes « d'informations nécessaires » mais également les notions « d'éthiquement possible » et de « légalement possible »
- d'évaluer les bénéfices et les inconvénients du partage des informations pour les équipes et pour les patients
- de réfléchir à ce qui peut être dit et ce qui peut et doit être transmis : les équipes ont-elles conscience du fait que tous les renseignements transmis oralement ou par écrit sont effectivement de l'ordre du secret médical ou du moins partagé ?
- de réfléchir à l'accès du patient à toutes les données de son dossier ? En théorie et grâce à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, il le peut désormais.

Il est évident qu'une partie des réponses à ces questions réside dans la création d'une relation de confiance et dans un dialogue permanent avec le patient.

### 3 – La coordination.

Coordinateur de réseau : il s'agit bien là d'une nouvelle fonction voire d'un nouveau métier, celui d'une personne située à la croisée des chemins entre secteurs (sanitaire et social), entre institutions et domicile, entre les professionnels de santé et professionnels du champ social, entre associations et bénévoles, représentant la société civile... C' est un métier exigeant des compétences pour construire des liens, des partenariats avec un savoir faire dans la communication et un savoir être dans la diplomatie et la stratégie.

La fonction de coordination est essentielle dans le fonctionnement d'un réseau.

Ses objectifs évoluent et intéressent toute personne, professionnelle ou non, participant au réseau.

## **Rôles**

La ou les personnes responsables de cette coordination doivent être clairement identifiées car les rôles attribués aux coordinateurs sont nombreux et complexes.

On peut noter d'emblée deux aspects différents de la coordination, faisant appel à des compétences distinctes:

le soin

- un rôle de coordination des soins afin de répondre le plus possible aux besoins des patients,
- un rôle de médiation entre les équipes soignantes et les patients ou leur entourage, entre les professionnels de santé et les institutions, entre acteurs du réseau tout simplement,
- un rôle de coordination entre les professionnels pour leur pratique, mais aussi pour leur formation,

le pilotage du réseau

- un rôle d'interface entre le domicile et les institutions,
- un rôle d'organisateur logistique notamment sur le plan régional (la dimension régionale apparaît souvent essentielle en termes de cohérence, de recherche d'équité et d'égalité...),
- un rôle d'évaluation de l'efficacité du réseau,
- un rôle de réflexion stratégique vis-à-vis des institutions....

## **Compétences requises**

Cette fonction, qui prend du temps, participe à la démarche qualité des réseaux. Mais elle se doit également d'être souple pour s'adapter aux particularismes de chaque situation, tout en restant bien évidemment exigeante quant aux objectifs qu'elle poursuit. C'est une fonction foncièrement transversale, qui pourrait être occupée par une ou des personnes ayant des connaissances dans :

- les pratiques des soins en institution ou à domicile,
- les pratiques médicales, paramédicales, psychologiques et sociales, voir également juridiques,
- les techniques de communication
- le fonctionnement et la logistique des réseaux...

## **Questions ouvertes**

Il faut surtout que cette ou ces personnes soient désireuses de s'investir dans une telle activité. On comprend bien qu'il s'agit là d'un tout nouveau métier dont il faudra rapidement établir le profil de poste.

Cette activité ne peut pas souffrir d'être pratiquée de façon intermittente ou en dilettante étant donné son rôle primordial au sein du réseau.

Une première question se pose alors. Quelle doit être la formation minimale que l'on peut exiger des coordinateurs afin que leur travail soit reconnu comme une véritable pratique professionnelle ?

Une autre question apparaîtra vite : celle du statut du responsable de la coordination de pilotage du réseau. En particulier, sur quelle base statutaire va-t-on définir le niveau de revenus d'un tel professionnel; quelles seront ses possibilités d'évolution en termes de carrière?

Un élément supplémentaire de discussion apparaît lorsqu'on aborde la question des réseaux dans son ensemble et pas uniquement par le prisme de tel ou tel réseau thématique. Faut-il que

le coordinateur soit spécifique d' un réseau ? On peut imaginer en effet qu' un coordinateur de réseau de santé puisse s' occuper de coordination de plusieurs réseaux dans le champ des « dynamiques transversales » ; ainsi, par exemple, la coordination d' un travail en réseau dans le champ des soins palliatifs devrait pouvoir se rapprocher de la coordination dans le champ de la gérontologie par exemple. Et pourquoi dans cet exemple particulier ne pas s' appuyer sur les centres locaux d' information et de coordination? Les CLIC créés il y a quelques années dans le secteur gériatrique concerneraient alors plus la question générale de la dépendance que la question de l' âge. Il y a donc nécessité de réfléchir à une véritable mutualisation dans le dynamique de coordination.

#### 4 – Les forfaits et dérogations :

La question posée est la suivante : si la pratique du travail en réseau s' impose comme nouvelle organisation et nouvelle pratique professionnelle, elle fera appel à de nouvelles compétences professionnelles et elle occupera un temps spécifique dans le champ du travail. Comment reconnaître le temps passé par des acteurs de santé pour la coordination, la formation, le travail en équipe?

Jusqu' à présent, la nomenclature rémunérait peu ou pas les actes des soignants effectués dans le cadre de la dynamique des réseaux de santé. Or, il semble exister une forte inadéquation entre la nomenclature actuelle et la réalité de la prise en charge des patients par les réseaux (temps de soins, les temps de coordination, de formation, d' évaluation, les temps relationnels, « communicationnels »...)

Changer cette nomenclature, c' est revaloriser le travail effectué et reconnaître une approche très spécifique des réseaux.

Le domaine des soins palliatifs est intéressant à observer à cet égard : depuis la loi de 1999 sur les réseaux de soins palliatifs et le décret d' application de l' article 5 s' y rapportant voté par le conseil d' état et le secrétaire d' état au ministère de la santé, les choses semblent pouvoir changer. En effet, ce décret en cours de discussion avec les syndicats professionnels devrait permettre incessamment, dans les réseaux de soins palliatifs uniquement, des dérogations tarifaires et des forfaits de soins pour les soignants de patients bénéficiant de soins palliatifs à domicile.

Immanquablement, d' autres demandes de dérogations et de forfaitisations vont voir le jour. Les caisses d' assurance maladie, pour qui l' application de cette nouvelle tarification dans le cadre des soins palliatifs semble déjà difficile, pourront-elles faire face à d' autres coûts de ce type dans les autres secteurs de santé ?

#### 5 – Les évaluations.

Si l' objectif des réseaux est bien d' aboutir à une amélioration de la qualité des soins sans inflation budgétaire, encore faut-il vérifier que « l' outil réseau » permet bien d' atteindre les objectifs fixés d' une part et qu' il est le moyen le plus simple et le plus économique pour les atteindre d' autre part.

Par ailleurs, il faut rappeler un point important concernant les réseaux de santé : ils doivent être des systèmes évolutifs, s' adaptant et évoluant au fur et à mesure de l' amélioration des savoirs, des progrès dans le champ de la santé. Il faudra donc évaluer la capacité des réseaux à s' adapter.

## **Méthodologie**

L'évaluation de ce nouveau concept est donc une nécessité dès aujourd'hui. Mais encore faut-il se mettre d'accord sur la marche à suivre et la méthodologie afin que cette évaluation soit valide et efficace.

Elle doit absolument porter sur :

- le réseau comme nouvelle structure de soins avec notamment une évaluation des fonctionnements et des résultats obtenus. Il s'agit au bout du compte d'une évaluation tout à fait externe aux réseaux, une sorte de photographie qui devra tenir compte du degré d'avancement de chaque structure.
- le réseau comme dynamique d'acteurs et espace de construction collective afin de mesurer l'amélioration et les changements dans l'organisation des soins. C'est cette fois-ci une évaluation régulation qui peut et doit être interne aux réseaux.

En couplant ces deux façons de faire et en les mettant en continuité, on peut espérer utiliser le plus neutre des protocoles d'évaluation afin de permettre une adaptabilité et une évolutivité du système de soins.

Tous les acteurs des réseaux, qu'ils soient directs ou indirects vont donc participer à cette évaluation, mais encore faut-il qu'ils soient formés ! La question de la formation se pose donc encore ici. Elle concerne bien évidemment les acteurs des réseaux mais aussi les responsables des tutelles afin d'harmoniser les questions posées et les réponses et que chacun comprenne le système d'évaluation pour pouvoir mieux l'utiliser.

## **Le financement**

Le dernier point à soulever concerne bien évidemment les coûts engendrés par l'évaluation et la formation qui en découle. Pour se pérenniser le réseau devra donc chercher les solutions financières nécessaires à l'évaluation.

## **Deux craintes en guise de conclusion:**

- il ne faudrait pas que l'évaluation des réseaux soit à ce point « budgétivore » qu'elle rende caduque leur mise en œuvre et leur fonctionnement
- il ne faudrait pas que l'évaluation soit à ce point « chronophage » qu'elle empêche par exemple les soignants de trouver le temps de soigner.

Il faut donc imaginer un système d'évaluation simple, souple et dont les indicateurs soient si possible intégrés au dossier de soin. Il serait souhaitable que l'évaluation des différents réseaux de santé soit pensée en termes de mutualisation des moyens.

### **3-4 Comment le champ social peut-il être pris en compte ?**

De façon schématique, la question centrale est la suivante : la « santé sociale » coûte individuellement cher alors que la « santé sanitaire » a un coût sociétal élevé mais individuel limité. En effet la prise en charge des frais générés dans le champ sanitaire est totalement différente de la prise en charge des frais engagés dans le champ social.

Tout ce qui est du domaine sanitaire relève de la solidarité et est pris en charge par l' état, via l' assurance maladie, via les prélèvements sur les salaires.

Tout ce qui est du domaine social incombe pour partie directement à la personne qui nécessite un « soin social » et pour une autre partie, dans le cadre de la décentralisation, aux conseils généraux.

Les actions sociales dans le domaine de la santé seront certainement, plus encore demain qu'aujourd'hui, prépondérantes.

Par actions sociales, il faut entendre :

- d'une part l'ensemble des interventions conduites en faveur des personnes en difficulté afin de leur permettre l'accès, le maintien, voire le retour à une situation considérée comme susceptible de leur offrir les meilleures garanties de sécurité, de mieux être, d'autonomie et de développement personnel
- d'autre part, toute opération visant à empêcher, au titre de la prévention, l'apparition de conditions pouvant fragiliser une personne, menacer son intégrité physique ou morale, ou la conduire à la marginalisation sociale.

Le domaine social est lui aussi vaste et n'a pas échappé au phénomène de complexification et de cloisonnement avec le temps.

De manière schématique, l'organisation sociale en France se présente comme suit :

- l'état, garant de la cohésion sociale, élabore la législation tout en assurant le rôle d'impulsion
- les organismes de sécurité sociale et collectivités territoriales agissent au sein de blocs de compétence définis par les lois de décentralisation. Ils contribuent à l'élaboration de textes réglementaires, développent les politiques locales, assurent une grande partie du financement et jouent le rôle de coordination.
- Les institutions caritatives et les associations assurent le service de proximité aux bénéficiaires au sein de territoires donnés.
- Les bénéficiaires, les personnes en difficulté sur le plan social.

L'action sociale s'exprime de manière multiforme : aide financière régulière ou occasionnelle, hébergement, assistance, conseil pour le maintien à domicile, accompagnement social, information, animation, formation...

Nous avons vu que les réseaux pouvaient forcer à la disparition du clivage entre « sanitaire » et « social » en imposant la dimension globale du concept de santé.

Se pose évidemment la question délicate de la prise en charge financière puisqu'un corollaire du développement des réseaux est une réflexion sur l'équité de l'offre de soin et surtout l'égalité d'accès au soin.

A ce titre, nous pouvons prendre l'exemple des soins palliatifs qui se sont vus attribuer des fonds créés en partie à cet effet. Il s'agit du FNASS (Fond national d'actions sanitaires et sociales) qui est actuellement géré par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs sociaux et qui a été attribué à la suite de la circulaire CNAMTS du 22/03/2000. Ces fonds se divisent en trois parties distinctes :

- la première sert à la formation à l'accompagnement des bénévoles. Cette seule partie est gérée par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs.

- la deuxième permet la prise en charge, sous certaines conditions de plafonds de ressources, de gardes malades à domicile ou en maison de retraite et dont les paiements se feront directement aux associations conventionnées CNAM.
- enfin la troisième assure la prise en charge de nutriments parentéraux et entéraux et des fournitures hors TIPS comme les alèses ou les changes. Les remboursements se feront à l'assuré sur factures acquittées.

Ce qui devient valable pour les soins palliatifs aujourd'hui doit également et à juste titre le devenir pour l'ensemble des réseaux de santé.

Autre remarque concernant la question du « soin social » : on peut s'étonner de différences créées dans la prise en charge en fonction de l'âge alors qu'elles devraient l'être en fonction du degré de dépendance. On pourrait par exemple imaginer une évolution possible de l'Allocation Personnes Agées (APA) vers une allocation personnes dépendantes...

### **3-5 Ou'en est-il du statut juridique pour les réseaux de santé ?**

Les années 2002- 2004 ont été riches en ce qui concerne l'actualité juridique et réglementaire des réseaux en France. Mais la question de la forme juridique à adopter pour la pérennité de ces nouvelles formes d'organisation n'est toujours pas réglée. En effet, le réseau est une modalité d'organisation de la santé, mais il ne constitue pas à lui seul une forme juridique qui reste cependant obligatoire afin de garantir l'accès à des financements ou l'accès des acteurs.

La structure juridique des réseaux répond à 3 types d'organisation

#### 1- un type institutionnel :

- le **syndicat interhospitalier (SIH)** est un établissement public au régime financier de droit public avec toute sa lourdeur gestionnaire. Il est l'antithèse de la conception même de réseau.
- les **fédérations médicales inter hospitalières (FMIH)** sont des fédérations de services : de droit public, elles peuvent être employeurs. De fonctionnement simple elles sont centrées essentiellement sur les soins.
- structure composée de personnes morales de droit public ou privé, le **groupement d'intérêts professionnels (GIP)** est d'une lourdeur, tant constitutive que fonctionnelle, incompatible avec l'évolutivité du réseau. Dépourvu de missions de soins, il s'en éloigne tout à fait. Enfin il ne peut être employeur et prive ainsi le réseau d'une gestion unique des ressources humaines.

Les libéraux n'ont accès à aucune de ces formes juridiques.

#### 2- un type libéral :

- SCP, SCM, SEL : sans objet.
- structure de droit privé le **GIE** laisse accès à tous les partenaires, solidaires financièrement. Seulement il ne traite pas des activités de soins !...
- **association loi 1901**: La loi sur les associations, votée grâce à la procédure d'urgence 02/07/1901, représente une des deux grandes victoires anticléricales du siècle (E. COMBES signera la seconde en 1905). Remettre en cause l'action des associations serait vil et vain. De trop nombreux bénéficiaires sont là pour témoigner. Les associations sont en général présentées comme un espace de liberté. Pour autant, un discours convenu n'est

guère de mise. Si l' association, lieu de pouvoirs à l' objet souvent capté, est d' abord ce qu' en font ses fondateurs et ses animateurs, elle doit néanmoins s' interroger sur le fond. Est-ce par exemple du ressort des associations de masquer la faillite d' un véritable projet collectif ? L' association ne vaut que par le caractère militant de ses fondateurs, bénévoles. Personne dépendant, son objet est souvent capté dans le temps, loin des objectifs initiaux. Lieu de pouvoir, elle constitue davantage un moyen qu' une fin, au mépris des compétences requises que le statut de bénévoles ne saurait légitimer. Les difficultés de recrutement et de gestion des ressources humaines, l'impossibilité de mixer des champs (par exemples entre libéraux et hospitaliers), leur fragilité financière intrinsèque... sont autant de raisons supplémentaires pour considérer que le statut associatif n'est pas adapté aux réseaux de santé.

### 3- Un type coopératif :

La complexité des métiers du soin, la nécessaire coordination pluri- et inter-disciplinaire et la transversalité des fonctions, notamment coordination et transmission de l' information, supposent de rassembler les acteurs sous une forme juridique à inventer. Les formes existantes ne couvrent pas l' ensemble des enjeux (du GIE à l'association loi 1901) en particulier dans le domaine des financements : la fongibilité des enveloppes qui permettra à des professionnels de métier et de statut différents de travailler véritablement ensemble doit aboutir.

Cette nouvelle forme juridique doit respecter la contribution de chacun à l' entreprise commune et le statut originel de chacun ; la mise en commun de moyens ne peut plus reposer sur le bénévolat des promoteurs de projets, sur le bricolage de « bout de chandelles », sur la course aux subsides plus ou moins pérennes auprès d' organismes pas toujours disposés voire concurrents.

**Les réseaux de coopération sanitaire (RCS)** (article 84 de la loi du 04/03/02 et article 6321-2 du CSP) : Les conditions d' élaboration de ce texte faisaient que les RCS étaient à majorité automatique de médecins libéraux. Réformer ce texte pour le rendre accessible à tout type de majorité, pourvu qu' elle reste acquise à des professionnels de santé de tout statut, était une nécessité.

L'Ordonnance n° 2003 -850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l' organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d' établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation pourra-t-elle être réellement source de simplification à ce sujet ?

Elle fait évoluer le statut des **Groupements de coopération sanitaire (GCS)** et semble répondre à une partie des questions en suspens concernant le RCS comme structure juridique *ad hoc* pour les réseaux de santé.

Il est à noter qu'à compter de la publication de cette ordonnance aucune communauté d' établissements de santé et aucun syndicat inter hospitalier ne peuvent être créés

Que dit cette ordonnance ? « *Un groupement de coopération sanitaire a pour objet de faciliter, d' améliorer ou de développer l' activité de ses membres. A cet effet, il peut :*

- 1° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement ;*
- 2° Réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d' intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d' imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d' équipements*

*matériels lourds et d' activités de soins mentionnés à l' article L. 6122*

*Le groupement de coopération sanitaire peut être constitué entre des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux mentionnés à l' article L. 4111 sous réserve, pour les médecins libéraux ayant un contrat d' exercice avec un établissement de santé privé, du respect des engagements souscrits avec celui-ci. Un des membres au moins du groupement de coopération sanitaire doit être un établissement de santé.*

*D' autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins peuvent faire partie d' un groupement de coopération sanitaire à condition d' y être autorisés par le directeur de l' agence régionale de l' hospitalisation.*

*Les professionnels médicaux libéraux peuvent conclure avec un groupement de coopération sanitaire des accords définis à l' article L. 61610 en vue de leur association aux activités du groupement.*

*Le groupement de coopération sanitaire est doté de la personnalité morale. Il constitue une personne morale de droit public lorsqu' il est exclusivement constitué d' établissements ou d' organismes publics, ou d' établissements ou d' organismes publics et de professionnels médicaux libéraux membres à titre individuel. Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu' il est exclusivement constitué d' établissements ou de personnes privés. Dans les autres cas, il peut se constituer sous la forme de personne morale de droit privé. Il poursuit un but non lucratif.*

*Le groupement de coopération sanitaire n' est pas un établissement de santé. Toutefois il peut être autorisé par le directeur de l' agence régionale de l' hospitalisation, à la demande des établissements de santé membres, à exercer les missions d' un établissement de santé ...»*

La réforme de la loi de 1947 et la promotion de **la société coopérative d' intérêt collectif (SCIC)** ouvrent une autre piste de réflexion : la loi du 10/09/1947 est modifiée par la loi du 17/07/01 (n° 2001- 624 article 36) qui fait naître les SCIC : « les SCIC sont des SA ou des SARL à capital variable régies, sous réserve des dispositions de la présente loi, par le commerce. Elles ont pour objet la production ou la fourniture de biens et services d' intérêt collectif, qui présentent un caractère d' utilité sociale ».

Le décret du 21/02/02 précise l' utilité sociale (n°200241). La circulaire du 18/04/02 éclaire encore davantage l' utilité sociale (n°200216) : l' utilité sociale n' est pas liée au secteur d' activité mais aux conditions dans lesquelles cette dernière est exercée. Elle recouvre à la fois des objectifs d' intérêt général et des modalités spécifiques de l' activité (qui doivent se distinguer d' une société commerciale classique) et intègre l' intérêt collectif par l' organisation d' une pratique de gestion démocratique (en interne) et la réponse aux besoins d' un territoire par la meilleure mobilisation possible de ce territoire au niveau économique et social (en externe)

La SCIC se rapproche ainsi du secteur privé à BNL : gestion désintéressée, utilité sociale, intérêt collectif mais en diverge par le statut commercial. Son agrément préfectoral est de 5 ans.

Elle est annonciatrice d' évolutions contenues dans la loi du 04/03/02 : l' intérêt collectif mais aussi le lien avec la démocratie et la décentralisation en matière d' action sanitaire et sociale.

## 4 Conclusion : vers une réorganisation du système de santé

L'organisation du système de santé français s'est compliquée au fil du temps. Ce sont paradoxalement des volontés de réformes et de simplifications de ce système qui ont augmenté sa complexité, aboutissant à une organisation rigide, coûteuse, cloisonnée, peu adaptable et peu évolutive.

Nous avons vu que les réseaux de santé pouvaient offrir une organisation souple, simple permettant à priori d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins et de s'adapter à l'évolutivité constante d'un système de santé moderne.

La modification des pratiques professionnelles, une réforme en profondeur de la formation des acteurs de santé, une véritable place faite aux usagers de la santé, aux familles sont certainement des changements nécessairement concomitants à mettre en œuvre.

La dimension régionale de l'organisation de la santé peut également être un facteur d'efficacité.

De la même manière : la recherche d'une cohérence dans la politique de santé est souhaitable. La création envisagée d'agences régionales de la santé, si elles sont de véritables guichets uniques, adaptés aux nécessités et aux particularismes d'une région, regroupant les différents champs constitutifs de la santé, est une chance.

Toutefois, ne nous y trompons pas, **les risques de complexification du système sont réels.**

Ne va-t-on pas créer des disparités entre régions (régions riches et régions pauvres) ?

Que va-t-il advenir de la dimension sociale du soin actuellement portée essentiellement par les conseils généraux ? La création d'ARS va-t-elle être une réelle simplification ou une couche supplémentaire s'ajoutant au « mille feuilles » des réformes du système de santé ?

Concernant les réseaux de santé eux-mêmes, ils comportent en eux le risque paradoxal d'atteindre le résultat contraire à leurs objectifs de décroisement. Si les réseaux de santé se juxtaposent, ils déplaceront les cloisonnements du système ou les recréeront.

De nombreuses interrogations persistent pour l'avenir et reposent sur les incertitudes concernant :

- le financement,
- le développement des systèmes d'information. Ce sont de potentielles bases de données épidémiologiques mais en même temps de possibles atteintes à la liberté individuelle et des « usines à gaz » complexes, inutilisables et coûteuses
- la formation de nouveaux professionnels dans le champ de la santé (coordonnateurs de réseaux, informaticiens, évaluateurs..)

Certains risques doivent être pris en compte :

- risque d'épuisement du militantisme qui actuellement porte la dynamique de développement des réseaux ; faute de reconnaissance et de moyens les « vocations » ne seront pas nombreuses
- risque de morcellement et de re-cloisonnement du système de santé - alors même que l'objectif des réseaux est le contraire – si chaque réseau se développe en juxtaposition à un autre
- risque de fragilité intrinsèque des réseaux qui tient à leur ambition (être un système évolutif) ; cette évolutivité crée une forme de précarité pour les acteurs qui s'y investiront.

Il nous semble que la création ici ou là de **dynamiques fédératives entre réseaux** d'un même territoire de santé, ou d'une même région sont de bon augure.

La rencontre entre réseaux de santé met en évidence leurs atouts, leurs faiblesses potentielles en même temps que leur diversité. L'ensemble des réseaux de santé a la volonté partagée de décloisonner le système de santé. Lorsque les acteurs des réseaux eux-mêmes décident de se rencontrer, il leur apparaît très vite la nécessité d'une mise en œuvre, d'un développement et d'un fonctionnement coordonné. Le risque inflationniste des dépenses générées par la mise en œuvre isolée de chacun des réseaux est une évidence, tout comme le risque de « re-cloisonnement » lié à la juxtaposition des réseaux. Il y a un risque d'aboutir au final à un système de santé trop complexe, mal ou non utilisé et finalement ne servant pas la qualité des soins délivrés aux malades.

Il nous semble que les réseaux et particulièrement ceux qui se sont créés sur la nécessité d'une transversalité du soin doivent se fédérer pour chercher à optimiser et à simplifier un système dont le bénéficiaire doit être le malade.

Les **objectifs d'une politique d'organisation cohérente des réseaux** sont finalement assez simples pour qu'ils puissent être d'authentiques recommandations :

- Mettre en lien tous les réseaux concernés (ville, hôpital, sanitaire et social) après en avoir dressé un état des lieux précis.
- Mettre en commun les axes fonctionnels indispensables précédemment vus pour éviter une juxtaposition des coûts et contraintes pour leurs utilisateurs (formation, coordination, information, évaluation)
- Mutualiser les expériences en terme d'expertise méthodologique et d'utilisation des outils de communication (plate forme informatique commune et sécurisée) afin d'en simplifier l'accès et l'utilisation.

Oui les réseaux semblent bien constituer une nouvelle forme d'organisation du système de santé.

Ils se développent étonnamment alors que le cadre financier et juridique n'est pas assuré. Leur genèse émane d'un besoin identifié d'amélioration de la qualité des soins. Ils sont en général conçus et portés par les acteurs de soin eux-mêmes, ce qui peut laisser espérer leur utilité et leur pertinence. Les réseaux de santé sont porteurs d'un concept intéressant au plan de l'économie : il s'agit de systèmes de santé évolutifs, capables de s'adapter en fonction des progrès dans le champ de la santé et de l'évolution des besoins.

## **Bibliographie non exhaustive**

1. CHARVET-PROTAT S.  
Pérennité des réseaux de santé et nécessité d'évaluations appropriées ?  
Hospitalisation nouvelle-1999. ; 270
2. GREMY F.  
Filières et réseaux : vers l'organisation et la coordination du système de soins.  
Gestion hospitalières, 1997 ; 433-438.
3. GREMY F.  
Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés  
Actualité et dossier en santé publique. 1998 ; 24.
4. Groupe CFC  
Trente outils pour réussir vos réseaux d'entreprises.  
Québec. 1995.
5. KHELIFA A.  
Efficience et évolution des réseaux de soins.  
Hospitalisation nouvelle, 1999 ; 270.
6. LUTRIN D.  
Le chêne et le réseau. Réseau d'action sociale. Concept et mise en œuvre. St Quentin -  
Fallavier : Management et protection sociale, 1996.
7. MEUNIER N.  
L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations.  
Biblio Ouvrage collectif CREDES et IMAGE (ENSP), 2001 ; 37 : 1-4.
8. MILLET I.  
Les réseaux sont définis par deux cadres légaux.  
Hospitalisation nouvelle, 1999 ; 270.
9. URCAM, FEDERATION AQUITAINE DES RESEAUX  
Guide pour l'évaluation d'un réseau.  
Bordeaux. Document, 1998.

### Quelques textes officiels

1. Circulaire du Premier Ministre n°3678/SG du 17 avril 1991.  
Relative aux chartes d'objectifs et réseaux de villes.  
Journal officiel du 19 avril 1991.
2. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation  
publique et privée.  
Relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, titre III, coordination des soins.  
Filière et réseau de soins. Réseaux expérimentaux.

Journal officiel du 25 avril 1996.

3. Décret n°99-940 du 12 novembre 1999.

Relatif au fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Journal officiel du 13 novembre 1999.

4. Circulaire DGS/DAS/DH/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999.

Relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

Journal officiel du 26 novembre 1999.

5. Circulaire CNAMTS du 5 mai 2000.

Relative à la contribution du fond national d'action sanitaire et social à la mise en place des mesures de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs.

6. Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 portant sur le financement de la sécurité sociale pour 2002.

Journal officiel du 22 décembre 2001.

7. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

Relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.

Journal officiel du 5 mars 2002.

8. Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002.

Relatif au financement des réseaux.

Journal officiel n°252 du 27 octobre 2002.

9. Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002, portant application de l'article L 6321 du Code de Santé Publique.

Relatif aux critères de qualité et conditions de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation des réseaux.

Journal officiel du 18 décembre 2002.

10. Circulaire MIN/DHOS/DSS/CNAMTS/2002/n°610 du 19 décembre 2002.

Relative aux réseaux de santé, an application de l'article L.6321 -1 du code de la santé publique et des articles L.162-43 à L162-46 du code de la ss et des décrets du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement, et d'évaluation des réseaux de santé.

Journal officiel du 20 décembre 2002.

11. Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003.

Relative à la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

Journal officiel du 5 septembre 2003.

12. Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004

relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.