

Une des difficultés de la médecine et du système de soins est qu'il faut « gérer la singularité à grande échelle » (E. Minvielle). Le médecin gère cette singularité en regroupant les « cas singuliers » en entités conceptuelles statistiques telles que les syndromes ou les maladies identifiées, caractérisés par leur fréquence et/ou leur typicité. Par un procédé intellectuel comparable, on peut appeler filière des regroupements de trajectoires typiques et/ou fréquentes, et de ce fait susceptibles d'une certaine forme de modélisation. Pour organiser les filières, l'un des moyens possibles est de mettre en place un type d'organisation particulier : les réseaux de soins coordonnés.

Filières et réseaux

*Vers l'organisation et la coordination
du système de soins*

DR FRANÇOIS GRÉMY
Professeur de santé publique

Dans les pays occidentaux, le modèle de santé encore prévalent reconnaît la primauté du modèle curatif de la maladie constituée. Il insiste, jusqu'à la considérer comme exclusive, sur une vision biologique de la santé et de la maladie. Le corps, depuis Descartes, n'est-il pas une machine ? Le même philosophe, de par son conseil de subdiviser les problèmes en sous-problèmes, puis en sous-sous problèmes, ..., avec l'idée que la somme des solutions partielles aboutira à la solution globale, peut être considéré comme à l'origine de l'évolution de nos sociétés modernes, dominées par les innombrables experts « pointus ». En médecine, cette vision réductionniste aboutit à la segmentation de la pratique en spécialités de plus en plus nombreuses et étroites. Cette segmentation appliquée à un corps-machine ramène la pratique à une succession d'actes techniques, bénéficiant d'un tarif propre à chacun. Une dernière caractéristique des systèmes de soins occidentaux est l'insistance sur le colloque singulier, non pas reconnu comme relation interpersonnelle, mais comme un refus d'une vision collective de la santé et de la maladie.

Ainsi, ce modèle identifie-t-il le développement de la santé à la promotion de la médecine technique, et limite-t-il la production de la santé à la consommation de soins techniques.

Des libertés incompatibles avec la liberté, l'égalité, la fraternité... et l'efficacité

En France (et en Belgique ?), à ce modèle largement véhiculé par l'enseignement universitaire, s'ajoute la conjonction de deux caractéristiques supplémentaires :

- la socialisation du système de santé, qui assure la solvabilité de la quasi-totalité des patients, grâce en partie à l'obligation pour tous d'être assurés ;
- une hypertrophie des libertés de la pratique, unique au monde. Celle-ci est fondée sur une tradition récente : la charte de la médecine libérale (1928). C'est largement une fiction, mais elle continue d'instiller une idéologie libertaire.

1 Les libertés

Avec J. de Kervasdoué, on peut énumérer les différentes formes de ces libertés :

- *liberté du malade* de choisir à tout instant son médecin : généraliste, mais aussi spécialiste, médecin libéral ou médecin hospitalier, secteur 1 ou secteur 2. Mais aussi liberté de choisir son hôpital, public ou privé ;
- dans le privé, hôpital lucratif ou non lucratif ;

- dans le public, il peut choisir le secteur public, mais aussi le secteur privé.

• Quant au *médecin*, il peut choisir son lieu d'exercice comme il l'entend, mais aussi son mode de financement (secteur 1 ou secteur 2, avec cependant des restrictions récentes pour le secteur 2). Dans le cas du secteur 2, il a la liberté de son niveau de rémunération ; il peut choisir son mode d'exercice, médecine particulière notamment ; il jouit enfin de la liberté de prescription.

• Les *caisses d'assurance maladie* bénéficient aussi de certains degrés de liberté, ce qui aboutit à des inégalités d'une caisse à l'autre.

Ces libertés conjuguées à la solvabilité sociale ne peuvent que conduire à un laisser-faire. On a pu dire que le système de santé français ressemble à une autoroute, où chacune des deux pistes peut être empruntée dans les deux sens, où sur chacune on peut rouler indifféremment à gauche ou à droite, sans limitation de vitesse.

2 Ce laisser-faire a des coûts

• Le principal est que l'*égalité* et la *fraternité*, les deux autres fondements de notre société, en font les frais. En principe destiné à assurer l'égalité, ou du moins l'équité, entre les situations, le système génère en fait des inégalités :

- l'espérance de vie est de plus en plus inégale entre les régions, les sexes et les classes sociales ;
- pour une moyenne nationale de 100, les ressources dépensées par habitant varient de 83 dans le Nord-Pas-de-Calais à 120 en Corse ;
- les pratiques sont très inégalement réparties d'un endroit à l'autre ; ainsi le taux de dialyse péritonéale varie-t-il dans un rapport de 1 à 10 selon les régions, sans qu'aucune justification rationnelle n'apparaisse.

Le constat et la dénonciation de ces inégalités croissantes ne suscitent guère mieux qu'une indifférence polie : autant dire que la solidarité, base de notre système et forme collective de la fraternité, est en train de s'effondrer...

• Mais il y a aussi les coûts financiers. L'impossibilité de réguler le système fait de la France le mauvais élève de l'Europe pour la contenance des dépenses de soins, situation aggravée par l'effondrement des remboursements (actuellement, environ 27% des dépenses de soins sont payées par les ménages, soit directement, soit par l'intermédiaire des mutuelles).

Une caractéristique des systèmes de soins occidentaux est l'insistance sur le colloque singulier, non pas reconnu comme relation interpersonnelle, mais comme un refus d'une vision collective de la santé et de la maladie.

Au total, on constate une efficacité défaillante qui, jointe à des coûts non maîtrisés, se traduit par une baisse de l'efficacité globale du système.

Et, à terme, cet excès de libertés et cette absence de règles conduisent à compromettre une forme supérieure, fondamentale et essentielle de la liberté. La liberté est en effet pour chacun, de pouvoir tirer le maximum de ses propres capacités d'épanouissement. Les libertés, qui tuent la liberté : ce résultat paradoxal est une forme de ravage de l'idéologie libérale, mieux vaudrait dire libertaire, qui prévaut dans notre système.

3 **Enfin, le système de soins perd son sens** : il devient de moins en moins possible de défendre une vraie politique et des projets cohérents... Les politiques de santé se limitent à essayer de colmater les voies d'eau du système, sans y réussir vraiment.

La comparaison avec l'autoroute donne un aperçu de la direction à prendre. On a su convaincre les conducteurs, malgré quelques excès exceptionnels, que le code de la route, bien qu'il restreigne les libertés individuelles et borne les fantaisies, conduit à une amélioration collective de la circulation, tant en vitesse d'écoulement qu'en sécurité. La différence avec le système de santé est que les accidents de la circulation et les grands carambolages sont très éloquentes sur le plan médiatique, alors qu'un taux épidémiologique, une donnée comptable laissent l'opinion indifférente ; d'autant qu'il n'est pas possible d'identifier les responsables des dérives. Le système est ainsi fait que personne n'a intérêt à éviter ces dérives. Aussi les appels à la vertu collective restent-ils inefficaces.

Il n'y a pas de solution simple. De toute évidence, elle passe par un changement culturel majeur : changer le modèle scientifique de la santé. Mais le monde hospitalo-universitaire étant le principal propagandiste du modèle que nous dénonçons au début de ce texte, il faudra du temps pour convaincre la profession médicale, et plus généralement l'opinion, que la santé n'est pas seulement un phénomène biologique individuel, mais aussi un phénomène social, que l'éthique de la santé doit concilier les dimensions individuelle et collective, et qu'il convient d'inverser la logique économique.

Une autre façon d'assurer le changement nécessaire est une nouvelle organisation du système de soins : elle peut précéder et accélérer le changement culturel nécessaire et, par un lien de causalité circulaire, bénéficier à celui-ci. Telle est la première grande raison qui nous amène à parler filières et réseaux.

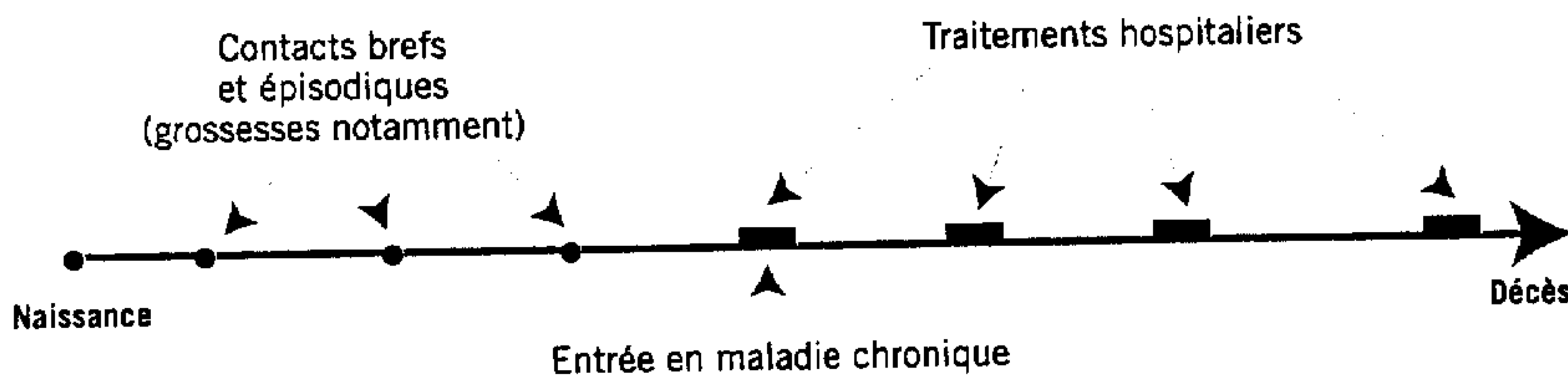
La transition épidémiologique

La transition épidémiologique est la seconde grande raison qui conduit à une transformation du système de soins. Le centre de gravité de la pathologie moderne se déplace sans cesse en direction des maladies et états chroniques. Il s'agit souvent de maladies dites dégénératives (maladies

athéro-artérielles, hypertension, diabète, cancers, arthrose, obésité,...) ou infectieuses au long cours (sida par exemple). De ces maladies dont la genèse se trouve très loin en amont du premier signe clinique, on peut dire que la plupart ne guérissent pas vraiment (certains cancers sont une exception), qu'elles laissent des incapacités ou handicaps persistants, et que finalement elles rendent le sujet plus ou moins captif du système de soins jusqu'à la fin de ses jours. Ceci a des conséquences majeures pour l'organisation des soins curatifs.

1 L'hospitalo-centrisme organisationnel et culturel actuel n'a plus de raison d'être

Si l'on examine au long de son histoire personnelle la trajectoire d'un sujet dans ses rapports avec le système hospitalier, on peut la résumer par le schéma suivant :



Ses contacts avec l'hôpital se font lors de sa naissance, qui y a lieu dans 99% des cas, puis à compter de son entrée en maladie chronique. Entre ces deux dates, ses contacts avec le système hospitalier sont assez rares et assez souvent brefs, pour des pathologies courtes ou des accouchements. Une fois la maladie chronique diagnostiquée, le malade connaît un certain nombre de séjours hospitaliers. Entre deux hospitalisations, l'état du sujet exige qu'il soit suivi par d'autres structures que l'hôpital. La notion importante est donc celle de trajectoire de chaque patient, trans- et inter-hospitalière. Dans cette trajectoire, les hospitalisations sont des moments le plus souvent très brefs (le raccourcissement des durées de séjour est à l'ordre du jour de la politique gestionnaire), mais à haute densité technique et financière (globalement, elles représentent presque la moitié des dépenses de soins).

2 Le concept opérationnel est donc désormais celui de filière de soins.

Comment faire circuler les malades de façon à ce que les prises en charge soient globales, efficaces sur le plan des soins et des résultats, et raisonnablement efficaces sur le plan économique ?

Organiser une circulation efficace et efficiente des patients est désormais le problème majeur du système de soins, paralysé par les multiples fractures :

- hôpital - médecine de ville,
- généralistes - spécialistes,

- public - libéral,
- préventif - curatif,
- curatif - réinsertion,
- médical - social,
- professionnels - administrations,

et inhibé par l'accumulation de micro-libertés et l'absence de règles, menacé par l'effondrement du système de protection sociale et par l'accroissement d'inégalités de toutes sortes.

Avant de poursuivre, donnons une précision sémantique : quelle relation y a-t-il entre une trajectoire et une filière ?

Chaque patient étant singulier, la trajectoire qu'il suit (séquence ordonnée d'événements pathologiques et d'interactions avec le système de soins) - ou qu'il devrait idéalement suivre - est bien entendu unique.

Une des difficultés de la médecine et du système de soins est qu'il faut « gérer la singularité à grande échelle » (E.

Minvielle). Le médecin gère cette singularité en regroupant les « cas singuliers » en entités conceptuelles statistiques telles que les syndromes ou les maladies identifiées, caractérisés par leur fréquence et/ou leur typicité. Par un procédé intellectuel comparable, on peut appeler filière des regroupements de trajectoires

typiques et/ou fréquentes, et de ce fait susceptibles d'une certaine forme de modélisation. Pour organiser les filières, l'un des moyens possibles est de mettre en place un type d'organisation particulier : les réseaux de soins coordonnés.

Les réseaux

1 Mais qu'est-ce qu'un réseau ?

De nos jours, on use et abuse de ce mot : c'est un « buzz-word » comme disent les américains. On l'énonce, on le lâche pour éviter de trop penser et remettre à plus tard la solution.

C'est un mot « pseudo-miracle ».

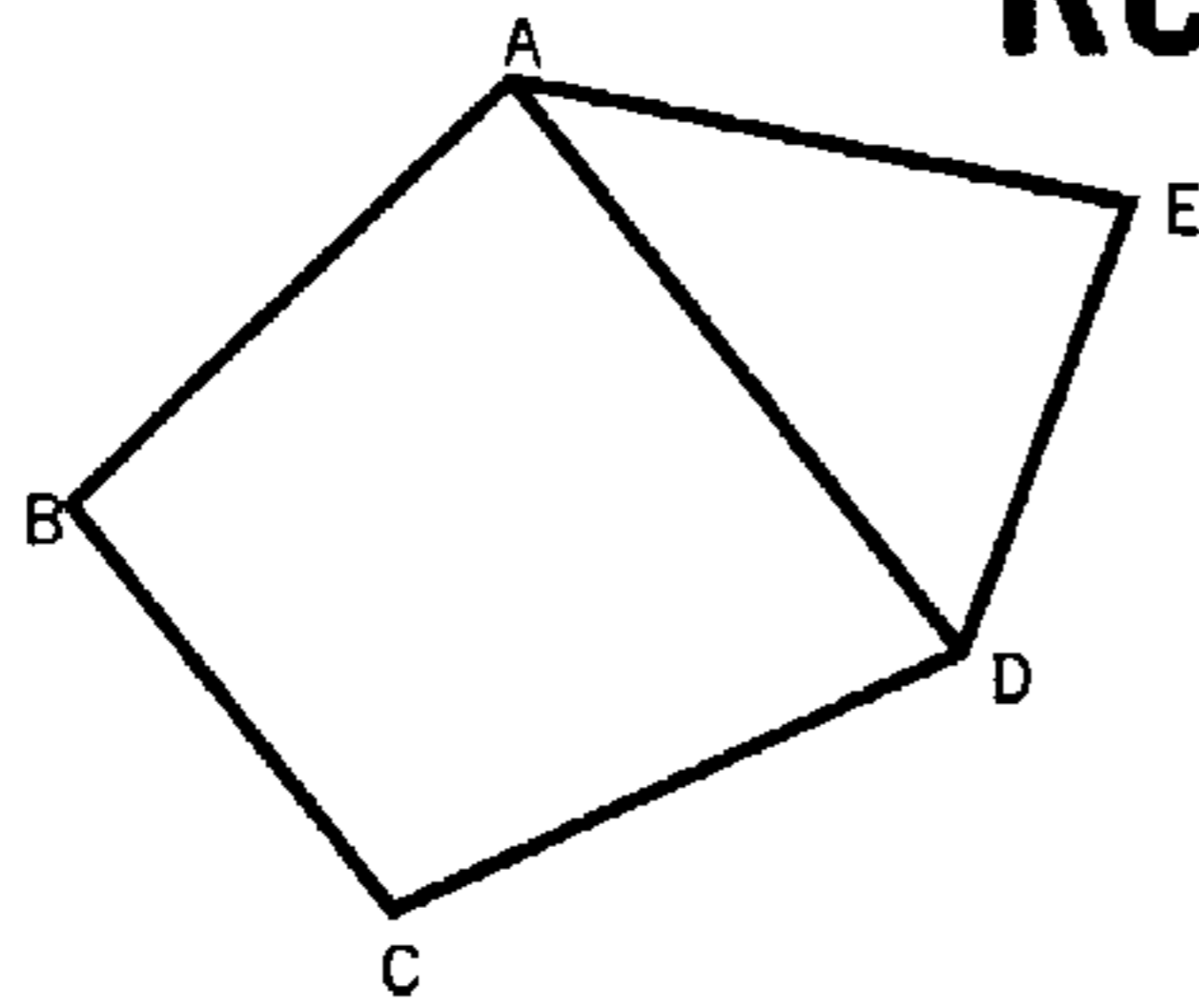
Qu'y a-t-il de commun entre un réseau télématique, un réseau de production et de gestion, un réseau de soins, le réseau national de santé publique ? Voici pour les finalités. Et entre les réseaux spontanés, objets de l'attention des sociologues, les réseaux organisés et imposés, chers aux administrations, et les réseaux de collaboration fondés sur les contrats ? Voilà pour la genèse et l'organisation.

Prenons une définition formelle.

Un réseau peut être symbolisé

Ce modèle identifie le développement de la santé à la promotion de la médecine technique, et limite la production de santé à la consommation de soins techniques.

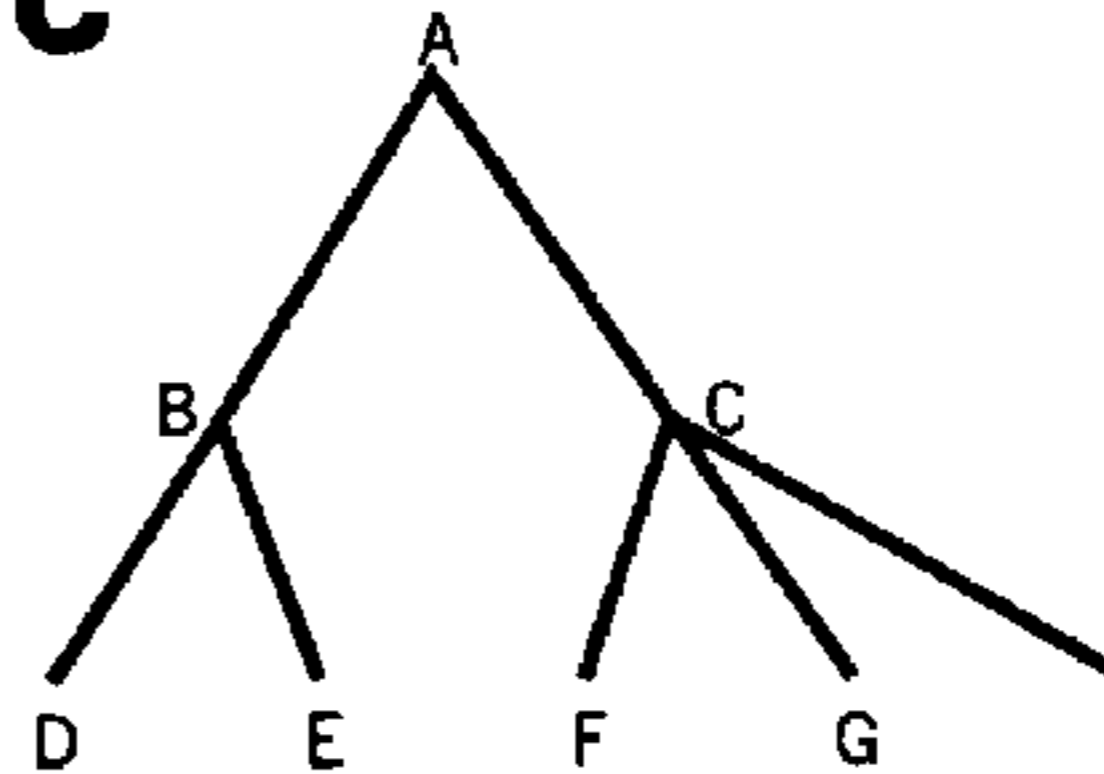
Réseau



- ▶ Pour aller de D en A, on peut avoir la trajectoire DA, DCBA, DEA
- ▶ Le graphe comporte au moins deux boucles : pour aller de C en C, on peut effectuer les trajectoires :
CDABC
CDEABC
CBADC
CBAEDC

Arbre

- ▶ Pour aller de F en H, on est forcé de passer par C
- ▶ Pour aller de C en D, on est forcé de passer par A
- ▶ Il n'y a pas de boucle. Pour aller de B en B en passant par F, on est forcé de faire un aller et retour BACFCAB



par un graphe formé de pôles, réunis par des arcs. Ces derniers symbolisent les liaisons et les échanges entre les pôles. Mais un graphe n'est un réseau que s'il comporte des possibilités de transversalité, c'est-à-dire des boucles. Autrement dit, dans la définition que nous allons donner, la structure en arbre ne saurait être un réseau. Dans un arbre, le passage d'un pôle à un autre impose de toujours passer par un pôle donné. Un arbre est une structure strictement hiérarchique ; un réseau ne l'est pas.

2 Les réseaux de soins

Appliquons ceci aux réseaux de soins. Les pôles du réseau peuvent être des personnes (professionnels de santé divers) ou des institutions qui se groupent pour résoudre tel ou tel problème de santé d'un sous-ensemble de la population. Les échanges - c'est-à-dire les arcs - concernent essentiellement des personnes, c'est-à-dire le plus souvent des patients, mais ce peut être aussi de l'information, des objets matériels, des prélèvements, des images,...

Pour la mise en place de tels réseaux, la tentation est d'opposer deux types de réseaux :

- **Les réseaux relationnels** tels que définis en sociologie : c'est-à-dire l'émergence, au sein d'une société, d'un groupe qui se réunit spontanément - et par conséquent de façon libre - en vue d'objectifs communs. Ceux-ci peuvent être extérieurs au groupe (soigner les sidéens) et/ou intérieurs à celui-ci (valoriser les généralistes, sauver une petite maternité menacée de

Le centre de gravité de la pathologie moderne se déplace sans cesse en direction des maladies et états chroniques.

fermeture, etc). Remarquons que depuis longtemps de tels réseaux existent : ainsi a-t-on pu dire qu'un médecin généraliste a « son réseau » : le laboratoire, la pharmacie, le ou les spécialistes, les chirurgiens, les services hospitaliers auxquels il confie ses malades, c'est-à-dire l'ensemble privilégié de ses correspondants.

Dans la mise en place de ces réseaux relationnels, les critères de l'existence d'un réseau sont les facteurs psychologiques (motivation et relations personnelles) et la faiblesse des aspects de structure.

De tels réseaux sont à peine des institutions et sont menacés par la précarité, et marqués du signe de l'éphémère.

Les réseaux ville-hôpital pour l'infection au VIH sont de ce type. Après quelques années, le militantisme initial des promoteurs fait place à la fatigue, d'autant que les financements sont fragiles et mesurés. L'élan s'essouffle et l'existence même est menacée.

- **Les réseaux institutionnels** sont à l'inverse des structures très fortes prédéterminées, où les éléments organisationnels ont *a priori* une place prédominante dans le fonctionnement. Relève de cette logique la création de secteurs psychiatriques qui, dans une zone géographique donnée, réunissent l'ensemble des structures publiques et para-publiques de celle-ci pour assurer la trajectoire des malades, où l'ambulatorio est favorisé aux dépens de l'enfermement.

Les réseaux des urgences qui réunissent autour d'une même finalité (assurer la prise en charge des urgences médicales) le Samu, qui relève du secteur hospitalier, les pompiers, qui dépendent du ministère de l'Intérieur, et des généralistes de statuts divers, sont aussi de ce type. Il s'agit en effet d'une structure réglementaire en principe obligatoire (loi de 1991). Mais la qualité du fonctionnement dépend beaucoup de la façon dont acceptent de coopérer le Samu et les pompiers, et en particulier leurs responsables respectifs.

3 Comment concevoir un réseau de soins idéal ?

La problématique peut s'énoncer de la manière suivante : *comment suivre les patients dans leur processus de santé et améliorer leur trajectoire au sein de notre système de santé, amélioration en termes d'efficacité, de qualité et d'efficience ?*

Autrement dit, notre attention doit se concentrer sur les filières de soins, qu'il faut améliorer. Le

concept de réseau - au sens le plus vaste - n'apparaît alors que comme un moyen possible.

L'hypothèse à laquelle il faut réfléchir est : *Les organisations partenariales multi-professionnelles sont-elles à même de nous faire progresser dans cette direction ? Quelles doivent en être les caractéristiques ? Quelle expérimentation tenter pour tester la faisabilité ?*

Deux évidences apparaissent clairement, si l'on pense que l'organisation en réseau est effectivement un moyen digne d'être étudié :

1) *Le modèle de réseau relationnel* semble inadéquat pour résoudre à lui tout seul la problématique, dans le cas général, parce que :

- il n'a de chances de fonctionner qu'avec des effectifs très modestes ;
- il est fondé sur le militantisme et la foi, notions individuelles, mais exceptionnellement durables ;
- il est donc menacé par le découragement ;
- il n'a pas de base financière sérieuse ;
- pour les deux dernières raisons, il est menacé par la précarité ;
- sa revendication d'absence de toute hiérarchie et son idéologie laxiste sont peu réalistes (petit parfum soixante-huitard, propice à toutes les « récupérations » ultérieures).

2) *Le modèle de réseau de collaboration* peut être lui aussi irréaliste, s'il se présente comme une incitation technocratique, imposée d'en-haut par notre administration hexagonale, dont on sait que le contrôle et la volonté de transparence (parfaitement illusoire, d'ailleurs) sont le lait dont elle veut s'abreuver de façon exclusive. Cette idéologie de commandement direct par une administration centralisée, qui définit seule les solutions et n'est guère à l'écoute des aspirations de la base, peut conduire à des dysfonctionnements graves et à un refus des opérationnels.

L'impératif est que le réseau soit coordonné, c'est-à-dire qu'il obéisse à un certain nombre de règles, sans toutefois qu'il empiète trop sur la liberté des acteurs.

Quelle solution proposer qui corresponde à l'exigence d'une prise en charge efficace du patient ?

3) *Il faut chercher à se faufiler entre les deux illusions*, et rechercher s'il est possible de créer des structures organisées,

Organiser une circulation efficace et efficiente des patients est désormais le problème majeur du système de soins.

de taille significative, correctement financées,... et en même temps respectueuses des enjeux psychologiques et psychosociaux dont l'expérience des modèles relationnels montre l'importance, à savoir le respect maximal de l'autonomie de chacun. Tel est le but des réseaux coordonnés (dans cette expression, le mot important est « coordonné ». La proposition qui suit revient à proposer la mise en place - expérimentale au début - d'établissements de santé multipartenariaux, où la composante extra-hospitalière est forte, fondée sur une base contractuelle, qui vise à rendre la plus efficace et la plus efficiente possible la prise en charge globale des sujets dans le système de santé et le système de soins.

Genèse des réseaux coordonnés de soins

Cette genèse peut être de deux types, avec chacun leurs conditions de succès ou d'échec.

• **Genèse ascendante**, c'est-à-dire que l'incitation provient des acteurs eux-mêmes. Des acteurs, motivés par l'envie d'agir ensemble, se groupent, s'organisent et sollicitent un contrat. Dans ce cas, la convivialité des acteurs a la meilleure chance. Mais il n'est pas sûr qu'un problème de santé soit le motif essentiel de la proposition. Ce peut être une raison de type corporatif.

• **Genèse descendante**. L'initiative est prise au sommet (une caisse, une administration, un CHU, une agence d'hospitalisation) qui affiche un objectif de santé, assure un financement et fait un appel d'offres. Le risque est dans ce cas d'une mauvaise perception par les acteurs potentiels.

Les réseaux coordonnés représentent un ensemble de changement culturel majeur.

- un changement d'optique. Il ne s'agit plus seulement de distribuer des soins à un patient, mais d'en prendre soin ;
- un changement de logique : la logique du plus fait place à une logique du mieux. La responsabilité de chacun relève du choix guidé par une exigence d'efficience ;
- un élargissement de l'éthique : l'éthique individuelle peut se glisser dans une éthique plus large : l'éthique de la population ;
- un changement de la conception de la prise en charge, qui devient globale, du sujet ? De soins médicaux à visée curative, on passe à une conception plus large incluant la prévention et la réinsertion, et faisant travailler ensemble le secteur médical et le secteur social ;
- un changement de mode de travail médical : du travail individuel et isolé, on passe au travail en équipe large, qui peut amener à relativiser le médico-centrisme traditionnel.

Deux grands types de réseaux

Les objectifs de santé assignés au réseau permettent de le classer entre deux pôles extrêmes.

- **Le réseau spécialisé** a pour objectif de prendre en charge

un problème de santé dans un territoire donné. A l'extrême, il peut s'agir d'une maladie. Exemple : le réseau ville-hôpital consacré au VIH. Cette approche n'est guère viable, dans la mesure où elle détruit l'unicité du patient : un tuberculeux diabétique et hypertendu ne peut dépendre de trois réseaux !

De façon plus réaliste, on peut par contre envisager des

réseaux de gérontologie, de suivi des grossesses et des naissances, ou encore dans le cas d'un domaine très technique, de réseaux de suivi des transplantations.

• A l'opposé, **les réseaux généralistes** s'intéressent à tout problème de santé pour une population donnée, selon une logique assez proche des HMO américains ou des « fund holders » britanniques. •

Ingrédients d'un réseau de soins coordonnés

Les critères idéaux à satisfaire peuvent être énoncés de la façon suivante :

I - Le principe

- Un groupe d'objectifs sanitaires cohérents et bien définis soit en termes de résultat, soit en termes de procédure (qualité technique, accessibilité, continuité, sécurité).
- Un territoire ou une population-cible, eux aussi bien définis.
- Avec, dans la répartition des moyens, un souci de proximité maximale compatible avec les objectifs.
- Une prise en charge globale des patients, à la fois sur le plan synchronique (par exemple : mise en jeu des différents acteurs lors d'un épisode donné), et diachronique dans le suivi des patients (prévention, succession des divers épisodes de la maladie, rééducation et réinsertion).

II - Les acteurs

- Une multiplicité d'acteurs :
 - professionnels divers : médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmières et paramédicaux, travailleurs sociaux, administrateurs (éventuellement informaticiens et statisticiens),
 - institutions sanitaires et sociales,
 - décideurs et financeurs,
 - usagers, bien portants et malades, et la famille de ces derniers.
- Le volontariat de tous à participer à la structure est indispensable, y compris les usagers.
- Ce volontariat se manifeste par des engagements matériels de type contractuel : « pour une durée définie, nous nous engageons à travailler ensemble en vue de réaliser les finalités définies dans le titre I, et pour cela de suivre les règles définies dans le titre III ».

III - Les règles de fonctionnement

Des règles de fonctionnement communes font partie de l'engagement. Elles définissent les formes de partenariat. Elle devraient inclure :

- La reconnaissance par chacun des limites de ses compétences.
- Adoption et définition par les professionnels eux-mêmes des règles communes pour la prise en charge des patients, la définition des procédures ou des protocoles de soin.

- La mise en commun de l'information concernant un patient entre tous ceux qui contribuent à sa prise en charge.
- La mise en place d'un organe de coordination du réseau. Celui-ci peut être un professionnel de santé, ou un professionnel du social selon la nature du réseau.
- Dans la mesure du possible, chaque patient devrait avoir un référent unique dans le réseau, qui le piloterait tout au long de sa trajectoire.
- Mise en place d'un secteur administratif étroitement impliqué dans le fonctionnement quotidien (management de proximité).
- Pratique de la démarche qualité interne et acceptation d'une évaluation périodique externe.
- Engagement à une formation continue systématique pour amener l'ensemble à la compétence maximale pour satisfaire les objectifs du réseau et en améliorer les procédures.
- Mise en place d'un système d'information organisé à double finalité :
 - logistique pour suivre la trajectoire de chaque patient,
 - stratégique pour décrire et suivre le fonctionnement de la structure,et à double composante :
 - professionnelle,
 - et gestionnaire.

IV - Une création contractuelle

- C'est l'ensemble de cette structure : objectif, territoire, personnels, organisation, procédures, système d'information, qui passera contrat avec les financeurs (caisses d'assurance maladie, collectivités territoriales éventuellement, État possiblement). Ce contrat concernerait une durée définie (de trois à cinq ans ?) et assurerait un financement stable pour cette durée. Le renouvellement ne serait pas automatique, mais dépendrait d'une évaluation externe faite de façon contradictoire. Ce financement devrait être suffisamment incitatif pour les professionnels.
- Les financeurs et décideurs devraient être à la fois exigeants dans le jugement sur les objectifs et les procédures de prise en charge, mais très libéraux et modestes pour les modalités de fonctionnement interne, pour respecter au maximum l'autonomie des membres du réseau.
- Des procédures d'accréditation sont bien entendu conseillées, comme pour tout établissement de santé.