

# Réseaux et filières : quels rôles ?

**LES DERNIÈRES ÉVOLUTIONS DES TEXTES  
LÉGISLATIFS CONFIRMENT UNE VOLONTÉ  
CERTAINE DE CONSOLIDER ET D'ENRACINER  
DANS NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ  
LE ROUAGE OBLIGÉ QUE CONSTITUENT LES  
RÉSEAUX DE SANTÉ.**

**Francis PRADEAU,**  
**Marie-Christine PRADEAU**

*Anc. méd. insp. rég. santé ; prat. hosp., méd. légiste ; dép.  
information méd. CHU Poitiers. Méd.-conseil assurance-  
maladie*

**L**es concepts « filière de soins » et « réseau de soins » ne sont pas nouveaux. Le concept de filière de soins est le premier à avoir émergé, en France, au début des années quatre-vingt, dans le contexte d'une réflexion critique sur le primat de la structure hospitalière dans le système de santé français, mais il n'a pas connu, à l'époque, de mise en œuvre réelle et élargie. Toutefois, il s'est progressivement imposé, jusqu'à se voir doter d'une reconnaissance réglementaire et même conventionnelle<sup>1</sup>, puis législative avec la définition des réseaux.

Les réseaux de santé sont appelés de facto à jouer un rôle primordial et à tenir une place de premier plan dans l'organisation du système de santé français. En effet, dans le cadre de la nécessaire réforme de notre système de soins, ces concepts vont :

- obliger à une approche centrée sur le patient devenu client ;
- opérer une mutation des schémas organisationnels des établissements hospitaliers et de la médecine de ville ;



GARO/PHANIE

– orienter la réflexion stratégique et tactique de l'ensemble des dispensateurs de soins. Tous ces éléments sont fondamentaux dans la refonte attendue et obligée de l'organisation de notre système de santé.

## **UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT**

Les concepts « filière de soins », « réseau de soins » et « réseau de santé » (ce dernier ayant vocation à se substituer aux précédents) présentent pour l'hospitalisation un intérêt majeur. Ils permettent aux établissements de santé une approche centrée sur le patient devenu client (20). Ils apparaissent comme un outil d'évaluation normative, surtout pour des patients atteints de polyopathologies, mais aussi (et surtout) en cas d'intrication de problèmes sanitaires et sociaux (5, 17). Ils doivent donc être des indicateurs à part entière du ou des tableaux de bord des établissements. Véritables outils de gestion, ils doivent être intégrés dans la stratégie et la planification hospitalières, et en conformité avec la carte sanitaire. L'optimisation des filières et des réseaux de soins doit participer à la synergie de la complémentarité ville-hôpital et être un outil présidant à la réflexion des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) (et dorénavant des conseils régionaux

de santé et des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale<sup>2</sup>), donc à la définition des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROSS) (1). En effet, l'hôpital se doit d'être un partenaire de santé actif, où la prise en charge pluridisciplinaire et transversale s'inscrit dans un continuum sanitaire et social. La notion de réseaux de santé devrait permettre d'optimiser la répartition des dépenses, la répartition des budgets alloués par les différentes tutelles et la répartition des financements versés par les différents payeurs dans le cadre des dépenses de santé socialisées qui caractérise le système de santé français.

Ce concept doit permettre aux établissements hospitaliers de pouvoir bénéficier d'une régulation opérée contractuellement dans le cadre d'un espace régional de santé, géré par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH)<sup>3</sup> (10), vraisemblablement appelée à évoluer vers une agence régionale de la santé (ARS)<sup>4</sup>. La notion de réseaux est particulièrement importante pour la population âgée. L'hôpital est un lieu de passage obligé d'un certain nombre de personnes âgées. Voilà pourquoi cette notion a connu, à côté de la prise en charge du sida, une mise en œuvre particulière dans le cadre des soins gériatriques (17). En tout état de cause, les réseaux présentent également un intérêt majeur pour la médecine de ville et sa pratique rénovée. De même que pour l'hôpital (ou les cliniques), ils sont structurants par les notions de coordination et d'évaluation des soins qui les sous-tendent. L'intégration des pratiques des professionnels libéraux à des filières ou réseaux devrait permettre de briser l'isolement dans lequel ces professionnels sont parfois condamnés par une pratique trop individualiste (9), surtout s'ils ne sont pas en exercice de groupe.

### UNE MUTATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET DE LA MÉDECINE DE VILLE

La notion de réseaux contribue à opérer une mutation des schémas organisationnels selon la nature des soins, et tout particulièrement oblige à repenser la place de l'hôpital et de la médecine de ville dans notre système de santé. Ces concepts remettent en effet en cause les mentalités (8, 11). Depuis trop longtemps, les gestionnaires et les financeurs ont raisonné en terme de produits et de structures. Passer d'un raisonnement centré sur les structures (l'hôpital, la clinique, le cabinet médical de ville) à un raisonnement « filières » ou a fortiori « réseaux » suppose un changement de mentalité individuelle des acteurs du soin, mais aussi des financeurs, des tutelles, des gestionnaires, etc., et oblige à repenser le management et la régulation du système. Cela

### Demain, les réseaux de santé

Ils sont appelés à devenir des facteurs effectifs non seulement de restructuration et de réforme hospitalières mais aussi de lutte contre l'hospitalocentrisme, de rénovation et de dynamisation de la médecine de ville, le tout dans un contexte de décloisonnement des pratiques et des prises en charge avec le patient pour centre, voire comme coacteur<sup>1</sup>. Ces concepts de filière de soins et de réseau de soins sont des concepts opérationnels, permettant de faire circuler les malades (et/ou les acteurs du soin) dans le cadre de prises en charge globales, médicales et sociales, efficaces sur le plan des soins, des résultats, efficaces sur le plan économique, apportant une ou des réponses aux multiples fractures qui fragilisent notre système de soins (hôpital/médecine de ville ; généralistes/spécialistes ; public/libéral ; préventif/curatif ; médical/social ; praticiens/administratifs). L'élargissement du concept apporté par le vocable de réseau de santé (loi du 4 mars 2002) se substituant à celui de réseau de soins antérieurement intégré dans la rédaction du code de la santé publique (ordonnance du 24 avril 1996) marque une évolution forte dans le sens de la prise en charge globale (au plus large sens du terme).

En tout état de cause, il semble bien que l'organisation en filières et réseaux de soins résultant des deux ordonnances de 1996 ait vécu (réforme du dispositif des réseaux expérimentaux en 2000, et surtout nouvelles rédactions du code de la Sécurité sociale en 2001 et du code de la santé publique en 2002). Ces modifications successives voulues par le législateur et l'exécutif confirment une volonté de consolider et d'enraciner dans notre système de santé (et sa nécessaire réforme qui reste à venir) le rouage obligé que constituent les réseaux (de santé).

1. *Au sein des réseaux, la cohérence s'établit autour de la personne et non plus de l'organe, de la maladie, du professionnel ou de l'outil. De plus, la loi du 4 mars 2002, évoquée plus loin, prévoit que des représentants des usagers peuvent participer à la constitution des nouvelles structures appelées réseaux de santé.*

implique aussi que sur le plan stratégique, technique et gestionnaire, toutes les conséquences en soient tirées par les établissements hospitaliers (publics ou privés) et par les professionnels dits libéraux. Cela implique également que les consommateurs de biens et de services de santé (et non plus les produits) et leurs itinéraires (et non plus les structures) soient privilégiés. L'approche « réseaux » va contraindre non tant les médecins libéraux que surtout les établissements de santé à définir non seulement leurs grands domaines d'activités et leur segmentation horizontale, mais aussi, pour chacun des segments ainsi déterminés, les activités d'amont et d'aval et les activités qu'ils souhaitent intégrer dans leur propre dispositif.

### RÉORIENTER LA RÉFLEXION STRATÉGIQUE

La réflexion sur les réseaux oblige les établissements hospitaliers publics et privés (et à un degré moindre les médecins de ville) à mener une réflexion stratégique fondée sur une analyse préalable qui doit répondre à une série de questions élémentaires, mais néanmoins fondamentales (3) :

« [...] »

- l'existence du marché ;
- la capacité à maîtriser ou influencer les prescripteurs ;

## Organisation des soins. Réseaux et filières

- la mobilisation des ressources nécessaires pour investir dans les activités choisies ;
- la force de mettre en place le dispositif permettant de gérer l'ensemble des identités ;
- la capacité de franchir les barrières à l'entrée ;
- la possibilité de maîtriser ou d'acquérir les facteurs clés de succès de la filière ;
- la vérification que l'extension verticale ne conduise pas l'établissement à trop s'écarter de son métier d'origine ;
- le contrôle que la filière souhaitée n'est pas en concurrence avec d'autres filières existantes ou en cours de création. »

Au total, les réseaux vont obliger les structures hospitalières à bien analyser et à comprendre les mécanismes « amont » en

terme de prescription du recours à l'hospitalisation, les processus de prise en charge (*process*) pendant le séjour hospitalier, les phénomènes « aval » en terme de suivi des malades et d'information du patient et de son médecin traitant référent, ainsi que, pour les réseaux, les phénomènes latéraux, c'est-à-dire transversaux.

La prise en compte de ces réalités nouvelles va, entre autres, amener l'institution hospitalière à se percevoir (et à se concevoir) comme un dispositif irrigué et régulé, devant travailler en symbiose et en synergie avec les acteurs de santé d'amont et d'aval, au premier rang desquels les médecins de ville. Cette prise de

conscience doit amener la réflexion stratégique à proposer aux partenaires des établissements hospitaliers une reconnaissance affirmée de leur rôle et de leur positionnement par rapport aux établissements, et à une association effective, concrétisant réellement dans les faits et dans les actes l'organisation en réseaux. Ils doivent donc aboutir à une ouverture de l'hôpital sur la médecine de ville, à son décloisonnement, et, par là même, offrir une alternative pertinente à l'« hospitalo-centrisme » tant décrié.

Mais le niveau stratégique n'est pas le seul à être influencé par le concept filière ou réseau. Le niveau tactique l'est (et le sera) également (et de plus en plus). Une part croissante de la préparation de la prestation de services en terme de mobilisation de ressources, de temps d'action et de gestion de la mise en œuvre, une part croissante consacrée à l'information du patient avant, pendant et après son hospitalisation, une part croissante consacrée à la délocalisation de la gestion des réseaux seront propres à réformer le fonctionnement hospitalier et la médecine libérale. La gestion de l'interface entre les structures, mais aussi les acteurs, va devenir particulièrement importante, l'hôpital et la médecine de ville devenant non plus un tout, mais une partie, un maillon du

tout, qui pourrait être analysé comme une chaîne (qui ne vaut que par la qualité de son plus faible maillon...).

### REPENSER LA GESTION

Le champ de la gestion va aussi être réformé et rénové par le concept de réseau. En effet, il implique que soient privilégiés quatre axes majeurs, que les établissements hospitaliers vont devoir, de fait, investir<sup>5</sup> :

- La qualité des soins, chacun des intervenants étant responsable pour lui-même, mais aussi pour les autres, et devant les autres (l'amont et l'aval) ;
- La transparence et l'information (compatibilité, partage, continuité) (2) vers l'amont et vers l'aval, vers les soignants,

vers le patient, mais aussi vers le payeur (qui, plus que jamais, aura besoin d'appréhender la responsabilité des différents acteurs intervenant dans une séquence de soins chaînés, coordonnés et régulés) ;

- L'évaluation des différentes pratiques professionnelles, renforçant par ailleurs les notions précédentes de qualité et de transparence ;

- Enfin, les trois axes précédents ne pourront que créer les conditions de mise en œuvre d'une procédure d'accréditation.

La transparence et la nécessité d'information évoquées précédemment vont imposer aux établissements hospitaliers (publics et privés) de repen-

ser leurs systèmes d'information (SIH) en terme d'ouverture :  
 – ouverture interne, pour l'échange d'informations entre praticiens de la structure (notion de dossier commun partageable/partagé, véritable dossier circulant informatisé) ;  
 – ouverture externe, prioritairement en direction des médecins de ville.

Cela sera non seulement un défi culturel pour les hospitaliers (voire pour les médecins libéraux), mais aussi un défi technique, qui pourra cependant s'adosser aux expérimentations déjà en cours : Internet – Annecy (4), Montpellier –, carte santé (Vitale 2), projet télématique ISAR (18). Les problèmes posés seront donc non seulement techniques, mais aussi et surtout culturels, légaux, déontologiques et éthiques, s'agissant d'allier les puissantes possibilités modernes de communication à la garantie de la confidentialité et au respect du secret médical.

En tout état de cause, le concept de réseau, par le partage d'informations obligé qu'il va susciter, amènera les systèmes d'information hospitaliers (SIH) à évoluer pour partie vers de véritables systèmes d'information de santé (SIS) et, a minima, des réseaux régionaux d'information de santé (2).



**La mise en réseau suppose de bien réfléchir à l'architecture des systèmes d'information.**

## Organisation des soins. Réseaux et filières

### UN CADRE POUR L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE

« Le concept de réseaux [...] peut, à long terme, conduire à modifier le système de soins [...], en centrant les prestations de services et de soins sur le malade et en structurant l'offre autour de lui » (3).

Tout cela devrait permettre aux établissements hospitaliers de s'orienter stratégiquement et tactiquement vers une offre de soins recentrée, sélective, pertinente, et par voie de conséquence moins coûteuse, privilégiant ce que la structure hospitalière est à même de mieux faire, c'est-à-dire des actes techniques de haut niveau centrés sur un plateau technique de qualité et performant, et laissant aux autres partenaires leur domaine d'excellence (19). La stratégie de réseaux, appliquée à la recherche, devrait permettre aux CHU, en maîtrisant ce concept, de disposer d'un atout en dynamisant les associations de compétences, de savoir-faire, mais aussi de financements. Par ailleurs, la médecine de ville devrait être dynamisée, modernisée et rendue plus efficiente (car coordonnée et évaluée) par l'intégration des cabinets individuels ou de groupes dans une pratique de réseaux. De plus, la participation à des réseaux pourra permettre à la médecine de ville de participer à des protocoles de recherche et à l'enseignement médical au titre de la formation initiale des étudiants en médecine, dont tout le monde s'accorde à dire qu'elle est encore trop « hospitalocentrée » à l'heure actuelle et inadaptée à la pratique future de la plus grande partie des médecins, qui exerceront, de fait, en ville<sup>6</sup>.

Au total, les réseaux de soins (et a fortiori les futurs réseaux de santé) sont pour partie l'avenir de notre système de santé (7, 13, 14), par les notions de coordination, d'évaluation, de décloisonnement des pratiques et des structures dont ils sont porteurs. Leur place est appelée à être centrale et prépondérante dans l'organisation de notre système de santé dualiste, par le lien fonctionnel et structurel qu'ils vont pouvoir réaliser entre un secteur hospitalier (public et privé) qui doit se restructurer et un secteur de ville (dit libéral) qui doit se moderniser et se repenser en terme d'acteur de santé publique (12) et non plus seulement d'entreprises commerciales unipersonnelles.

En tout état de cause, il s'agit bien :

- de mettre le patient devenu client au centre du dispositif et de l'organisation du système de santé ;
- d'améliorer la prise en charge globale de l'utilisateur, tant dans le domaine de la prévention que des soins, de la réhabilitation et du médico-social ;
- d'assurer la gradation et la continuité des soins, une meilleure orientation des patients, de favoriser le maintien ou le retour à proximité, de développer la coordination et d'assurer la qualité des soins ;
- de prendre en charge, pour des populations particulières, des pathologies lourdes et chroniques, la dépendance ou la prévention (21)...

... tous éléments qui devraient in fine permettre d'améliorer la qualité des soins. ■ 406029

### AUTEURS

F. Pradeau, anc. méd. insp. rég. santé ; prat. hosp., méd. légiste ; dép. information méd. CHU Poitiers, 350, av. Jacques-Cœur, BP 577, 86021 Poitiers cedex. M.C. Pradeau, méd.-conseil assurance-maladie

1. Articles 6 à 25 de la convention médicale de 1997 (12 mars 1997), toutefois annulée par le Conseil d'État.
2. Appelés à remplacer les CROSS au titre de la loi du 4 mars 2002 (n° 2002-203).
3. Art. L. 712-3-2 (art. L. 6121-5 du nouveau code de la santé publique), 4<sup>e</sup> alinéa : « La convention constitutive du réseau de soins est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. »
4. Les projets actuels prévoient que les ARH devraient évoluer vers des agences régionales de santé (ARS), aux missions élargies et ayant compétences non plus seulement sur l'hospitalisation mais aussi sur la médecine de ville de la région sanitaire (15, 16).
5. Mais qui, peu ou prou, peuvent aussi s'appliquer pour grande partie à la médecine de ville.
6. Malgré la création d'un troisième cycle de médecine générale, récemment modifié et « rallongé ».

### RÉFÉRENCES

1. Baubeau D, Marrel P, Le Coutour X. Planification et évaluation de l'organisation sanitaire ; apport des réseaux. Santé publique 1995 ; 2 : 209-215.
2. Beuscart R et coll. La mise en place des ordonnances ; point de vue d'un médecin. Technologie santé 1996 ; 28 : 8-12.
3. Chanteur M, Helleboïd C. La maîtrise des filières de soins. Revue hospitalière de France 1992 ; 6 : 656-661.
4. Courtois X et coll. Le projet de communication ville-hôpital de la région annécienne. Technologie santé 1996 ; 28 : 85-87.
5. Drunat O, Lutzler P, Holstein J. Intérêt du concept filières de soins pour les établissements hospitaliers - l'exemple de la gériatrie. Gestions hospitalières 1997 ; 362 : 45-49.
6. Geroski P.A. Quelle politique industrielle pour stimuler l'innovation. Problèmes économiques 1992 ; 2279
7. Giraud P, Launois R.J. Les réseaux de soins, médecine de demain. Paris, Economica éd., 1985.
8. Gremy F. Filières et réseaux ; vers l'organisation et la coordination du système de soins. Gestions hospitalières 1997 ; 433-438.
9. Hassenteufel P. Les médecins face à l'État. Paris, Presses de Sciences-Po éd., 1997.
10. Leroux V et coll. Quels besoins et quels moyens d'information après l'ordonnance hospitalière d'avril 1996 ? Technologie santé 1996 ; 28 : 89-98.
11. Lorenzi JH, Truel JL. Se diversifier par des stratégies de filières. Harvard. L'Expansion 1981 : 98-107.
12. Patte D. Les réseaux et la santé publique. Actualité et dossier en santé publique 1998 ; 24 : 15-16.
13. Pottier I. L'avenir est aux réseaux de santé. L'Usine nouvelle 2000 ; 63 : 2744.
14. Pottier I. Les nouveaux réseaux de soins. Gazette du Palais 2000 ; 21 : 201-202.
15. Pradeau F, Baubeau D, Benz-Lemoine E, Pradeau MC. Régionaliser : quels objectifs ? Concours Med 2002 ; 124 : 124-127.
16. Pradeau F, Baubeau D, Benz-Lemoine E, Pradeau MC. Régionaliser : quels obstacles ? Concours Med 2002 ; 124 : 200-203.
17. Saint-Jean O. Filières de soins hospitaliers en urgences pour le sujet âgé : critiques et perspectives. Gérontologie et société 1990 ; 54 : 56-65.
18. Souf N et coll. Improving the continuity of care : the ISAR-telemedicine projet. JAMIA 1996 : 889-890.
19. Union hospitalière Guyanne-Martinique. Filières et réseaux de soins dans les départements français d'Amérique. Revue hospitalière de France 1996 ; 4 : 384-397.
20. Vinas JM, Larcher P, Duriez M. Réseaux de santé et filières de soins. Le patient au centre des préoccupations. Actualité et dossier en santé publique 1998 ; 24 : 12.
21. Vinas JM. Réseaux de santé et gestion du risque. Actualité et dossier en santé publique 1998 ; 24 : 37-40.