

# Les statuts juridiques des réseaux

**Stéphanie Barre**  
Juriste, Paris  
**Laurent Houdart**  
Avocat à la Cour,  
Paris

**R**éseaux de soins, actions expérimentales filières de soins, réseaux ville-hôpital... depuis les ordonnances du 24 avril 1996, les projets surgissent et se multiplient.

Cet engouement se manifeste cependant dans une grande confusion juridique. Cette confusion tient autant à la subtilité des termes et des définitions réglementaires qu'à la méconnaissance des conséquences juridiques de la mise en place de réseaux ou filières.

L'exercice de la médecine en réseau, c'est-à-dire la prise en charge coordonnée d'un patient par plusieurs professionnels de la santé, n'est pas une création récente, loin s'en faut : de nombreux réseaux « de fait » fonctionnent depuis des années.

L'innovation essentielle des ordonnances du 24 avril 1996 (l'une relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et l'autre portant réforme de l'hospitalisation publique et privée) réside dans l'instauration d'un encadrement légal ; d'une part, en formalisant et en réglementant *les réseaux de soins* dits du Code de la santé publique (article L 712-3-2 du Code de la santé publique), d'autre part, en offrant la possibilité de mettre en place des formes nouvelles de prise en charge globale, sanitaire et surtout financière ; il s'agit des *filières de soins et réseaux de soins expérimentaux* dits du Code de la sécurité sociale (article L 162-31-1 du Code de la sécurité sociale).

Si les réseaux de soins du Code de la santé publi-

que et les filières et réseaux de soins du Code de la sécurité sociale ont pour objectif commun l'amélioration de la prise en charge des patients et la qualité des soins en favorisant la coordination des intervenants et l'accès au système sanitaire, ils s'inscrivent dans des domaines différents et doivent répondre en conséquence à des procédures spécifiques. Si leurs définitions sont proches, leur objet les distingue l'un de l'autre.

Nous nous apercevons que les deux mécanismes (réseaux de soins du Code de la santé publique et filières et réseaux de soins expérimentaux du Code de la sécurité sociale) répondent à des définitions juridiques et à des modes d'organisation distincts. Mais à terme, ces deux mécanismes sont destinés à se rapprocher.

En effet les réseaux de soins du Code de la santé publique ne peuvent avoir d'efficacité que si un mode de financement accompagne leur mise en place et sous un but affiché de recherche d'alternative à la prise en charge financière par la sécurité sociale, les réseaux et filières de soins expérimentaux du Code de la sécurité sociale constituent un début de planification de la médecine libérale.

On peut se demander dans quelle mesure ces mécanismes ne permettraient pas une réorganisation globale du système de soins qui serait régi par une planification commune et par des modes de financement rapprochés.

## Définitions

### Les réseaux de soins du Code de la santé publique

**L**e Code de la santé publique ne donne pas, à proprement parler, de définition du réseau de soins. L'article L 712-3-2 précise que certains réseaux ont pour objet « *d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité* ».

Ces réseaux ont une vocation très large et peuvent s'adresser soit à une population particulière (personnes âgées ou toxicomanes) soit à un type de pathologies lourdes ou chroniques (diabète, cancer). Ils peuvent également concerner un type d'activités (urgence, réanimation) ou encore un type d'installations ou l'utilisation d'un plateau technique.

Fortement incité à participer ou à créer un réseau (aux termes de l'article L 712-20 du CSP, le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation peut imposer la mise en place d'un réseau dans certaines conditions), l'établissement de soins est et doit en être le pivot.

### Les filières et réseaux de soins du Code de la sécurité sociale

**L**e Code la sécurité sociale, et plus précisément l'article L 162-31-1 consacré aux filières et réseaux de soins expérimentaux ne prévoit pas plus de définition que le Code de la santé publique.

L'article L 162-31-1 indique que toute personne physique ou morale, ainsi que les institutions médico-sociales peuvent mener « des actions expérimentales dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord des bénéficiaires de l'assurance maladie concernée, des formes nouvelles de prise en charge des patients, et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention ».

À une coordination des intervenants médico-sociaux s'ajoute un mécanisme de financement global.

Il ne s'agit toutefois que d'actions expérimentales, menées sur cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance du 24 avril 1996, soit jusqu'en avril 2001.

Extrait du *Guide de la coopération hospitalière*  
À paraître en novembre  
1998

Toutefois, le réseau ne peut se concevoir qu'avec une large participation des autres professionnels de santé (médecins libéraux, professionnels paramédicaux, organismes à vocation sanitaire ou sociale) et des professionnels du domaine social (services communaux, travailleurs sociaux, associations sociales et humanitaires, ANPE...).

En effet, les réseaux s'inscrivent dans l'un des axes prioritaires de la réforme hospitalière : l'ouverture de l'hôpital sur la ville.

La mise en place des réseaux annonce la fin de la concurrence entre secteurs public et privé et consacre la complémentarité médicale et sociale entre les différents acteurs.

**Le réseau de soin du Code de la santé publique est un mode de prise en charge médicale et sociale du patient par la coordination des interventions de l'ensemble des acteurs du domaine socio-sanitaire.**

**Les filières et réseaux de soins expérimentaux du Code de la sécurité sociale constituent des modes de prise en charge globale du patient, à la fois médicale et financière.**

En outre, il est prévu trois catégories d'actions expérimentales :

– les filières de soins expérimentales organisées à partir des médecins généralistes, destinées à améliorer la qualité du suivi médical et l'accès des patients au système de soins. Ce mécanisme de prise en charge se rapproche des systèmes anglo-saxons. Ceux-ci reposent sur la détermination d'une enveloppe annuelle par patient dont la gestion est confiée à un médecin généraliste, appelé également médecin *référent* ou « *gate keeper* ». Plusieurs expérimentations sont actuellement en cours ;

– les réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale des patients atteints de pathologie lourde ou chronique en favorisant, notamment, la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. Si le schéma d'organisation est identique à celui des réseaux de soins du Code de la santé publique, les réseaux de soins expérimentaux du Code de la sécurité sociale intègrent également leur mode de financement. C'est pourquoi, il est question de *prise en charge globale* (médicale et financière).

– tous autres dispositifs répondant à ces objectifs. Il peut s'agir alors de mécanismes qui empruntent tant à la première catégorie (filières de soins expérimentales) qu'à la seconde catégorie (réseaux de soins expérimentaux). Tel est le cas des projets présentés par des compagnies d'assurance, des mutuelles ou autres organismes qui prévoient une prise en charge complète et globale des patients pour des soins courants de médecine ou de chirurgie-dentaire. Ces mécanismes ne vont pas sans rappeler les *health maintenance organizations* (HMO) ou encore les *managed care & plans* sur lesquels repose le système sanitaire américain.

## Objet

### Les réseaux de soins du Code de la santé publique

Jusqu'en 1996, les réseaux de soins ne bénéficiaient pas d'un encadrement spécifique. Tout au plus, le Code de la santé publique posait-il les prémices, à travers des dispositions disparates, d'organisations en réseau (article L 711-4, continuité des soins ; article L 711-5, collaboration entre établissements de soins et praticiens libéraux).

Désormais, les réseaux de soins constituent un outil de planification à l'instar des actions de coopération menées entre établissements de santé, permettant d'adapter l'offre de soins hospitalière au schéma d'organisation sanitaire. Ils doivent favoriser le retour du patient sur son lieu de vie et inciter les professionnels du domaine sanitaire et social, extérieurs au système hospitalier, à prendre le relais de l'hôpital.

Les réseaux de soins doivent permettre une plus grande ouverture de l'hôpital sur la ville — grand axe de la réforme hospitalière — et donc constituer une alternative à l'hospitalisation.

### Les filières et réseaux de soins du Code de la sécurité sociale

Ce type de mécanisme constitue une recherche d'alternative à la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de santé de ville telle qu'elle existe aujourd'hui.

En cela, les filières et réseaux de soins expérimentaux se distinguent nettement des réseaux de soins du Code de la santé publique.

Pour ce faire, il est prévu des dérogations aux dispositions du Code de la sécurité sociale :

– en matière de tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus au médecin par les assurés sociaux (articles L 162-5 et L 162-5-2 du CSS) ;

– au paiement direct des honoraires par le malade (article L 162-2 du CSS) ;

– en matière de couverture des frais par l'assurance maladie (articles L 321-1 et L 615-14 du CSS) ;

– en matière de ticket modérateur (articles L 322-3 et L 615-16 du CSS).

On constatera que ces principes pour lesquels une dérogation est admise sont des éléments constitutifs de l'exercice libéral. On peut donc se demander dans quelle mesure il n'y a pas une contradiction entre ces dérogations et les principes rappelés dans le rapport au Président de la République, qui introduit le texte de l'ordonnance du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des soins : « *Aux besoins de la santé doit répondre une offre toujours mieux adaptée dans le respect des principes de la médecine libérale, liberté d'installation, liberté du choix du médecin, liberté de prescription...* ».

## Procédures

### Les réseaux de soins du Code de la santé publique

La création d'un réseau peut être réalisée sur l'initiative d'un établissement de santé ou sur proposition de professionnels de santé ou d'organismes médico-sociaux. Le réseau a un caractère strictement conventionnel : une convention constitutive doit être conclue entre les différents acteurs et une circulaire n° 97-277 précise les différentes clauses minimales que doit comporter la convention.

Il appartient aux acteurs d'être vigilants sur la rédaction de cette convention, la circulaire sus-énoncée ne peut être considérée comme un modèle type et ne sont pas prévues, à titre d'exemple, de clauses relatives à la responsabilité, au retrait d'un des membres, à la résiliation ou à la résolution de la convention...

Une fois rédigée, cette convention constitutive doit être agréée par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation qui ne l'accordera que si les projets présentés garantissent une plus grande qualité des soins et une réelle amélioration des conditions de prise en charge des patients.

### Les filières et réseaux de soins du Code de la sécurité sociale

La procédure est complexe et se décline en trois phases :  
– des conventions sont conclues entre les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et du Budget et les différentes caisses nationales de l'assurance maladie (travailleurs salariés, travailleurs non salariés, mutualité sociale agricole). Les caisses établissent des cahiers des charges applicables aux demandes d'agrément. Le rôle joué par les caisses est primordial. Les actions expérimentales menées ne doivent pas permettre de créer des filières et réseaux régis exclusivement par des compagnies d'assurances privées ou des mutuelles en se substituant complètement à l'assurance maladie.

– les demandes d'agrément des projets de filières et de réseaux expérimentaux sont adressées par leurs promoteurs au conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux, dénommé également conseil *Soubie*, du nom de son président. Après examen de l'intérêt économique et médical, des modes de prise en charge financière, de la qualité du système d'information et des justifications des dérogations légales et réglementaires, le conseil rend un avis suivant une procédure prévue à l'article R 162-50-3 du CSS.

– l'avis du conseil d'orientation est transmis aux ministres compétents pour statuer sur la demande d'agrément.

Ensuite, les projets d'action expérimentale sont agréés par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. L'arrêté fixe la durée de l'agrément qui ne peut excéder trois ans. À l'arrêté d'agrément est annexée la convention conclue entre les promoteurs de l'action expérimentale et les organismes d'assurance maladie concernés.

Il convient de préciser que les promoteurs de l'action expérimentale doivent adresser un rapport annuel au conseil d'orientation ainsi qu'aux organismes nationaux d'assurance maladie concernés.

Enfin, l'agrément peut être retiré à tout moment après avis du conseil d'orientation.

## Textes de référence et d'application

- Article 73 de la Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article L 162-31-1 du Code de la sécurité sociale)
- Article 29 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L 712-3-2 du Code de la santé publique)
- Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale
- Décret n° 96-789 du 11 septembre 1996 pris pour l'application de l'article L 162-31-1 du Code de la sécurité sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux et modifiant le même code
- Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.
- Circulaire DGS/DH n° 94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux toxicomanie, à la suite de la circulaire n° 93-72 du 9 novembre 1993.
- Circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1<sup>er</sup> décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité
- Circulaire DGS/DH n° 44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C.
- Circulaire DGS n° 707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool
- Circulaire DH/EO/97 n° 97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements
- Circulaire DGS n° 97-366 du 23 mai 1997 relative aux mesures nouvelles pour 1997 dans le domaine du soin aux toxicomanes
- Circulaire DGS/DAS/Dirmi n° 97-568 du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté
- Circulaire DGS/DH n° 98-188 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.
- Circulaire DH/EO du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas d'organisation sanitaire