

# Les réseaux vus de l'hôpital

Le développement des réseaux remet fortement en cause l'organisation de l'hôpital. Coopération interétablissements, collaboration avec les médecins de ville et les intervenants médico-sociaux, derrière le terme de « réseau », c'est souvent la recomposition de l'offre de soins qui est en marche

## Christine Dupré

Chargée de mission  
à la direction des  
Hôpitaux

**T**oute réflexion sur les réseaux ne peut être ouverte sans se livrer au préalable à la définition du champ auquel on fait référence. En effet, en l'absence de définition claire du terme, est actuellement qualifiée de réseau, toute forme de mise en relation professionnelle d'acteurs du système de soins, organisée de façon différente par rapport aux relations institutionnelles dans lesquelles ils évoluent de façon habituelle, en fonction de leur appartenance à telle ou telle composante du système. De ce fait trouve-t-on actuellement sous le terme générique de « réseau » toutes les formes de collaboration formelle et informelle entre acteurs. On trouve également sous ce terme, les différentes formes de coopération.

## La recomposition de l'offre de soins

Par l'effet des réseaux, c'est la recomposition de l'offre de soins qui est engagée, en particulier pour l'hôpital qui, structure fermée aux règles étanches, connaît deux voies d'ouverture qui l'inscrivent dans un mouvement de flux dans deux directions :

- une ouverture horizontale par l'effet de la mise en œuvre des actions de complémentarité entre établissements de santé, et notamment de coopération public/privé,
- une ouverture verticale par l'effet des réseaux qui pénètrent l'hôpital.

Le schéma ci-après illustre l'ouverture de l'hôpital par l'effet conjugué de la coopération public/privé et des réseaux, l'ouverture par effet secondaire à la médecine de ville, d'une part par le fait que les médecins pratiquant dans les cliniques sont payés à l'acte et relèvent de l'enveloppe médecine de ville, d'autre part parce que les médecins impliqués dans les réseaux et qui pratiquent en ambulatoire, entrent de plus en plus souvent dans l'hôpital.

On voit bien alors que les règles organisant l'hôpital, tant en matière tarifaire que relatives au statut des personnels qui y travaillent, se trouvent fortement bousculées par le nouvel environnement avec lequel celui-ci doit composer.

La question qui survient alors est celle de l'importance des mouvements en cours tant en volume qu'en nature. Il semble peu probable que le mouvement ne s'intensifie pas. Deux raisons principales militent en ce sens :

- le patient devient le centre du dispositif. C'est l'objet même de l'existence du réseau de soins. Mais cet état de fait est également en cohérence avec une évolution sociétale plus large qui concerne le comportement des consommateurs de soins. Si l'on met à part les clients captifs qui relèvent d'un mode de

## Les deux lectures du mot « réseau »

On peut avoir une lecture **extensive** du mot « réseau », celui-ci étant alors le plus souvent le terme générique employé pour évoquer la recomposition du système de soins : la notion de réseau recouvre alors celle de restructuration. Celle-ci se traduit par des actions de complémentarité, de coopération entre établissements, de mise en réseau, avec tous les supports juridiques existants ou en devenir pour en accompagner la recomposition.

Il est également possible d'avoir une lecture **restrictive** de ce terme : il s'agit alors des réseaux de soins (ou de santé) organisés autour d'une pathologie ou d'une population, et des filières de soins qui organisent le parcours du patient dans le système de santé. La lecture restrictive est étroitement liée à la réflexion politique sur les choix stratégiques en matière de construction de système de santé. En effet, les réseaux et filières de soins sont considérés comme les témoins de l'émergence de nouveaux acteurs dans le système de santé français : acheteurs de soins (logique HMO), offreurs de soins (proches des *preferred providers organizations*) le plus souvent sur l'initiative de médecins. Ce mouvement s'inscrit dans la réflexion internationale sur la définition des systèmes de santé les plus efficaces

soins dans lequel ils ont une marge de manoeuvre très étroite (il s'agit ici des personnes en situation de précarité et/ou non bénéficiaires d'une couverture complémentaire), le consommateur exerce une pression de plus en plus forte sur l'offre de soins, en particulier sur le volet qualitatif. Les assureurs complémentaires ne s'y trompent pas lorsque pour répondre au besoin de repérage dans un système vécu comme opaque, ils développent une offre globale de soins qu'ils labellisent. Le patient-consommateur devient le centre du système de soins ;

– la pression économique sur les dépenses de soins pousse les acteurs de la régulation des dépenses à rationaliser l'offre : les caisses de sécurité sociale en développant la gestion du risque, en s'engageant dans les réseaux ; les directeurs d'agence régionale d'hospitalisation tant en redistribuant les financements, qu'en poussant à la coopération des établissements et enfin en favorisant le développement de certains réseaux.

Ainsi le mouvement engagé remet en question les limites des différentes organisations composant le système de soins. Mais le schéma peut encore aller plus loin lorsque le réseau en cours de constitution, inclut une coopération avec un établissement privé. Dans ce cas, les trois composantes se trouvent interpénétrées, et c'est l'ensemble de l'organisation qui doit être repensée à partir d'une analyse des éléments qui la compose.

Ainsi, les mouvements en cours dans l'organisation de l'offre de soins se traduisent par une dynamique de décomposition de l'organisation hospitalière, immédiatement recomposée par une offre sous

forme de réseau ou de complémentarité entre établissements. La question qui se trouve posée est celle de la nouvelle forme de l'hôpital, et donc de la définition de ce qui doit constituer la partie « dure » de sa structure, laquelle doit être maintenue fermée pour des raisons techniques, et la partie « molle » qui peut constituer une sorte de zone frontière entre la médecine de ville et l'hôpital.

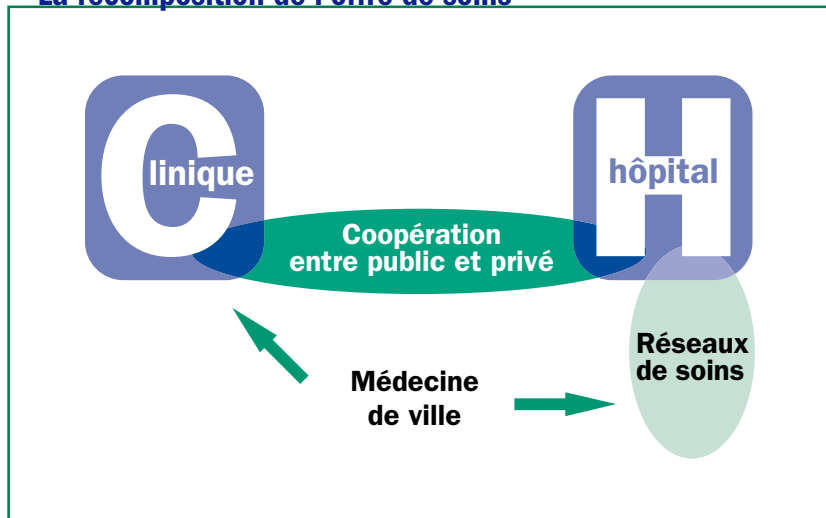
Aujourd'hui, la forme la plus souple de l'hôpital est celle de l'hôpital local : prévu pour prendre en charge les affections les moins lourdes, il est ouvert à la médecine de ville puisque ce sont des praticiens de ville qui y interviennent : ils sont payés à l'acte moins une redevance à l'hôpital pour usage du plateau technique. Le plateau technique constitue lui-même une sorte de plate-forme de service sanitaire, constituée de personnel soignant non médical et d'équipements. C'est dans ce cadre que les réseaux se développent sans difficulté majeure, notamment les réseaux gérontologiques. La difficulté survient dès lors que l'établissement de santé concerné par un réseau est un centre hospitalier. La réglementation des centres hospitaliers est particulièrement fermée à la médecine de ville. Un patient adressé par un médecin de ville, devient le patient de l'hôpital, lequel détermine le protocole de soins qui doit être appliqué au malade. Même si le médecin de ville est autorisé à visiter son malade, il ne peut pas en revanche imposer un mode de traitement élaboré dans le cadre d'un réseau.

L'issue est alors d'impliquer l'équipe hospitalière dans le projet de réseau afin que, de par la volonté des hommes, la collaboration puisse être poursuivie. Le droit hospitalier est ainsi poussé à l'extrémité de la lecture qui peut en être faite pour permettre l'entrée du réseau dans le centre hospitalier. Pourtant, ce qui fait obstacle, ce n'est pas le niveau technique requis qui pourrait éventuellement justifier d'une prise en charge exclusive de l'hôpital, mais le statut de l'hôpital. La *forme*, notamment juridique, détermine l'étendue des collaborations possibles indépendamment de l'*objet* de la collaboration.

Pourtant, ce qui importe désormais, c'est bien de déterminer le point critique de la technicité médicale à partir duquel on doit faire basculer le système : en quelque sorte, le point en deça duquel la collaboration entre médecine de ville et hôpital doit être encouragée et donc l'ouverture des murs de l'hôpital favorisée, et le point au-delà duquel le niveau de technicité de l'intervention rend nécessaire la fermeture de l'hôpital à l'intervention extérieure, même si les articulations entre intervenants médicaux doivent encore y trouver un support. Il s'agit de reculer les murs étanches de l'hôpital et de définir leur lieu d'implantation.

Le problème se pose bien entendu différemment

### La recomposition de l'offre de soins



pour ce qui concerne la collaboration entre les établissements de santé publics et privés, puisque la question n'est pas, dans ce cas, celle de la technicité, mais davantage celle de la configuration de l'offre de soins, celle-ci trouvant sa traduction dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Toutefois, les questions relatives à l'adaptation de la réglementation hospitalière se posent souvent de façon comparable quant aux supports juridiques nécessaires à la collaboration et à l'entrée des personnels de statut différent, et à l'évolution du droit des autorisations.

### Les réseaux de soins organisés autour d'une pathologie ou d'une population

La direction des Hôpitaux, dans ses fonctions, d'autorité administrative, d'animation et d'expertise du secteur hospitalier est directement concernée depuis l'origine du mouvement, par les réseaux de soins.

Ainsi, dès 1991, elle a créé, avec la direction générale de la Santé, les conditions de la mise en place des réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des personnes atteintes du sida, puis ultérieurement de la toxicomanie. Cette évolution réglementaire s'est poursuivie jusqu'aux ordonnances du 24 avril 1996, lesquelles ont conduit à mettre en place deux procédures distinctes pour l'agrément des réseaux, qui ne sont d'ailleurs pas exclusives l'une de l'autre :

- au titre de l'ordonnance n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L 712-3-2 du Code de la santé publique) ;

- au titre de l'ordonnance n° 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article L 162-31-1 du Code de la sécurité sociale).

La circulaire DH/EO/97 n° 97-277 du 9 avril 1997 a donné un cadre d'application aux réseaux relevant de l'article L 712-3-2 du Code la santé publique, ouvrant ainsi la voie à leur agrément par les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation.

En ce qui concerne les réseaux et filières de soins expérimentaux institués par l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, la direction des Hôpitaux étudie régulièrement les projets soumis au Comité d'orientation des filières et réseaux de soins, notamment pour évaluer leur éventuel impact sur les établissements de santé.

Il existe désormais deux voies par lesquelles les réseaux peuvent être agréés et il est intéressant de noter que ce ne sont pas les mêmes acteurs qui choisissent chacune de ces voies même si leurs critères

ne sont pas exactement ceux que l'on aurait pu attendre.

Les réseaux relevant du Code de la santé publique sont les plus anciens, historiquement issus de la mouvance des réseaux ville-hôpital autour de pathologies lourdes (sida, toxicomanie, cancer, insuffisance rénale chronique). Créés à l'initiative de soignants, le plus souvent de médecins ; portés par un « chef fondateur », ils évoluent, pour ceux, peu nombreux, qui ont survécu aux premières années d'existence, vers une prise en charge globale, dépassant le plus souvent le cadre strict de leur mission première. Ces réseaux sont donc nés d'initiatives de pionniers, animés par le souci d'améliorer la qualité de la prise en charge de patients atteints de pathologies lourdes. Ces initiatives auxquelles on peut reconnaître une dimension « missionnaire », rencontrent cependant après quelques années de fonctionnement un problème d'essoufflement de leurs animateurs et c'est à ce moment que le réseau doit se trouver un relais plus institutionnel.

Ce besoin se traduit alors par la formulation de demandes de deux natures différentes :

- celle de leur reconnaissance, au travers de la recherche de la labellisation de leur démarche de soins,

- celle de voir évoluer le cadre réglementaire de leurs activités, notamment par un assouplissement des règles tarifaires et organisationnelles qui leur sont applicables.

Dès lors ils sortent du champ d'application de ce type de réseau et se tournent alors vers le Comité d'orientation des réseaux et filières de soins, seule instance qui permette à la fois de bénéficier d'un « label » de niveau national à contenu politique et scientifique, seule instance dont l'aura leur paraît suffisante pour la reconnaissance attendue de la qualité de leur démarche conceptuelle, et d'obtenir les dérogations nécessaires, même lorsqu'elles sont minimes, pour favoriser la poursuite de leurs activités dans un cadre réglementaire et tarifaire moins rigide. Le problème de la dérogation au droit hospitalier reste cependant entier puisque celui-ci n'entre pas dans le champ dérogatoire des activités du comité.

Les projets de réseaux présentés au comité Soubie, lorsqu'ils ne relèvent pas de la catégorie qui vient d'être évoquée (recherche de labellisation, besoins de dérogations réglementaires limitées), émanent le plus souvent de promoteurs qui sont des acteurs économiques du système de soins : caisses de sécurité sociale (MSA, Canam), assureurs complémentaires en particulier les mutuelles (FNMF) et compagnies d'assurance (Groupama). Ils se positionnent alors en

**Les réseaux font reculer les murs étanches de l'hôpital. Ils posent la question de la nouvelle forme de l'hôpital.**

suite page 34

## Réseaux et hôpital de proximité

L'hôpital de Houdan comme hôpital local est, par statut, au centre d'une organisation coopérative de proximité au service du patient.

L'action de proximité s'exerce grâce à la collaboration des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé publics et privés voisins. Plusieurs types de réseaux fonctionnent localement. La particularité médicale inhérente à l'hôpital local est la présence obligatoire de médecins généralistes au sein de ses services. Ils soignent et hospitalisent pour des soins de courtes durées, dans un service de médecine et de moyen séjour, des malades atteints de pathologies aiguës et très diversifiées. Ils exercent à l'hôpital local une médecine polyvalente. À cet effet, ils disposent d'un plateau technique suffisant et efficace, d'un système conventionnel signé avec les centres hospitaliers voisins qui permettent des séjours à vocation diagnostique. En effet, l'hôpital local de Houdan gère, dans ses murs, un centre de santé municipal conventionné, inhabituel dans ce genre d'établissement, offrant à ses 22 000 clients externes (en 1999) les consultations de médecins libéraux spécialistes et une radiologie moderne, performante. Les patients bénéficient du tiers payant et de l'absence de dépassement d'honoraires.

L'existence de ce centre de santé comble l'absence de consultations externes dans les hôpitaux locaux. Et il complète une faible démographie médicale spécialisée en milieu rural. Il évite des déplacements longs et coûteux aux patients de l'hôpital et aux habitants du canton. Enfin, il permet de construire des savoirs et des savoir-faire tout en harmonisant les pratiques professionnelles.

Un tel dispositif renforce le partenariat entre les secteurs public et libéral, assure une diminution des coûts et permet de développer des actions de prévention telle que des consultations de préparation à l'accouchement, de surveillances de grossesses, de consultations anti-douleur...

La complémentarité avec les centres hospitaliers voisins ne s'arrête pas à l'hospitalisation de leurs patients. Des conventions ont été élaborées en matière de transfusion sanguine, d'analyses biomédicales, de matériovigilance ou de médecine du travail.

Un projet de dispositif gradué de prise

en charge des urgences, construit en collaboration avec les médecins de ville, l'hôpital de Houdan et les urgences du centre hospitalier voisin est actuellement discuté dans le cadre d'une négociation avec l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France. Il peut être réalisable dès 1999. Il illustre assez bien ce qui peut être fait dans le cadre des réseaux. En créant un centre de soins de première intention, dans les locaux de l'hôpital de Houdan, avec les médecins généralistes, le Centre 15, le service des urgences du centre hospitalier voisin et les pompiers locaux, le médecin généraliste va redevir le médecin de premier recours. Pour être efficace, ce médecin a besoin d'être intégré, en particulier en ce qui concerne les urgences, dans un système de réseau.

Le réseau de coordination de la prise en charge de la personne âgée est conçu pour une prise en charge globale. Celle-ci débute avec le médecin traitant. Elle peut être complétée par une consultation dans les locaux de l'unité d'évaluation gériatrique, par un service de soins à domicile 7 jours sur 7, un service d'hébergement temporaire. La prise en charge ne s'arrête pas à son aspect médical : le volet social et environnemental est abordé et résolu dans le cadre de la coordination gériatrique locale dont l'hôpital assume la responsabilité et la gestion. À l'issue des réunions de coordination un plan d'action est mis en œuvre avec la personne âgée concernée et sa famille.

Les élus locaux et leurs services sociaux disposent de prestations dispensées par l'hôpital, mais ils peuvent aussi mettre à la disposition de leurs administrés des aides à domicile discutées dans le cadre de la coordination : garde à domicile, portage des repas, télé-alarme, évaluation de travaux de modification de l'habitat...

### **Le médecin traitant, pivot des filières de soins**

Au total, ces différentes filières de soins débutent avec le médecin praticien qui est le premier thérapeute et qui sert de pivot au système. Il fait appel à différents avis spécialisés et assure la responsabilité de la coordination et de

la prise en charge du malade. Ainsi la continuité des soins est assurée par le médecin traitant, ce qui est important surtout chez la personne âgée ; on évite un syndrome de déracinement toujours préjudiciable à son état de santé. Et l'analyse de l'activité des services et des trajectoires des patients montre un assez bon fonctionnement en filière et une capacité de diagnostic qui s'est manifestée plusieurs fois par la découverte de traumatisme ou de pathologie non décelée par le CHG. Elle montre que les séjours ne relevant pas d'un service actif (hospitalisation sociale par exemple) sont rares. En conclusion, de par sa proximité et sa taille l'hôpital de Houdan offre des prestations performantes dans le cadre de ses compétences, en recherchant une certaine efficacité et une meilleure orientation médicale et géographique du patient ; en cherchant et en organisant la complémentarité entre établissements voisins sur la base de la spécificité de chacun ; en établissant un pont entre l'approche institutionnelle hospitalière et l'approche libérale ; en donnant une dimension médicale, sociale et environnementale à la prise en charge du patient.

La coordination et la continuité des soins, surtout quand ils s'inscrivent dans la durée, deviennent aussi l'occasion de concertations entre les différents partenaires médicaux et sociaux. Et s'il s'agit d'actions de proximité, les soins sont dispensés en fonction de la compétence évaluée et discutée dans les différents organismes de concertation.

La reconnaissance opérationnelle d'un système en réseau et filière peut permettre de cultiver la complémentarité au lieu de la concurrence tout en apportant une complémentarité technique et spécifique. La capacité de se lier à d'autres pour compléter et rendre accessible au plus grand nombre un service intégrant des fonctionnalités nécessaires sont des gages d'une meilleure prise en charge des patients. Encore faut-il lever les obstacles financiers liés à un tel mode de fonctionnement.

**Pierre Lorson**  
Directeur  
de l'hôpital  
d'Houdan

## Les réseaux, outils de la recomposition de l'offre de soins

### suite de la page 32

acheteurs de soins, fonction en cours d'émergence dans le système de santé français.

Ainsi, si l'on voulait tenter un rapprochement avec des systèmes de santé étrangers, notamment avec les États-Unis, les réseaux de premier type, ceux qui s'appuient sur le Code de la santé publique, seraient à rapprocher des *managed care organizations*, notamment sous la forme des associations de professionnels. Certains d'entre eux en effet, vont jusqu'à proposer un coût par pathologie qu'ils souhaitent négocier avec les acheteurs de soins. Les réseaux proposés au comité Soubie, quant à eux, relèvent davantage de la logique classique des HMO, puisque leur objectif est d'optimiser le rapport qualité/coût, ceci débouchant naturellement vers la fixation de tarifs de référence.

Ainsi le Comité d'orientation des réseaux et filières de soins se trouve sollicité dans deux cas de figure : soit parce que le projet qui lui est soumis requiert effectivement une adaptation importante de l'environnement réglementaire, notamment sur les règles tarifaires et dans ce cas de figure, le comité Soubie est naturellement le lieu dans lequel ce projet doit être traité. Soit les dérogations réglementaires requises sont peu importantes (par exemple, il s'agit de déroger à la nomenclature générale des actes professionnels en proposant une revalorisation minimale de l'acte d'un intervenant) et, dans ce cas, le passage en Comité Soubie apparaît comme décalé en terme de traitement institutionnel.

Mais le problème des dérogations ou de l'adaptation du droit hospitalier reste entier.

### Les outils de la coopération et de la mise en réseau

Cette analyse de la dynamique de la recomposition de l'offre de soins conduit naturellement à se poser la question de leur instrumentalisation. Quel sera le support organisationnel du développement des réseaux et quelle sera la voie administrative de leur agrément et de la mise en place des dérogations/adaptations de la réglementation en vigueur ?

### Le support organisationnel des réseaux

Compte tenu de la place que les réseaux au sens extensif du terme vont être amenés à occuper dans le système de santé français : outil privilégié à l'intersection des institutions et des niveaux politiques d'intervention (État, département, communes), il n'est pas possible de conduire un tel mouvement

sans qu'il soit accompagné des dispositifs juridiques nécessaires.

Il existe déjà des outils, même si certains d'entre eux sont encore mal adaptés, pour la collaboration entre les établissements de santé (syndicats interhospitaliers, GIP, groupements de coopération sanitaires, simples conventions...). En revanche, les réseaux de soins ne sont pas encore dotés, sauf à l'initiative de quelques promoteurs qui ont créé des associations *ad hoc*, d'une personnalité morale qui soit en mesure de servir de support à leur développement.

Il peut en effet sembler risqué de s'appuyer sur des organisations informelles pour conduire, même partiellement, la recomposition de l'offre de soins. Aujourd'hui, les réseaux fonctionnent dans un environnement inchangé : chacun des acteurs partie prenante du réseau reste rattaché à sa structure d'origine (le praticien hospitalier à son hôpital, le médecin libéral et le médecin de clinique à l'enveloppe de ville, les intervenants sociaux et médico-sociaux à leur organisme de rattachement). Ainsi les réseaux peinent-

ils à trouver le financement nécessaire à la coordination de leurs activités, de leur système d'information, de leur évaluation, voire de la formation de leurs acteurs. De plus, leur engagement dans la préconisation de protocoles de soins les expose aux contentieux liés à l'aléa thérapeutique. On peut se demander en effet, à qui serait attribuée la responsabilité de la faute en cas de poursuite par un patient ou sa famille. C'est pourquoi, il apparaît désormais approprié de doter les réseaux d'une personnalité morale. Celle-ci pourrait revêtir la forme d'une asso-

ciation loi 1901 agréée par une autorité administrative à définir. Ainsi, la labellisation des réseaux, telle qu'évoquée plus haut passerait par la définition d'un cahier des charges précis qui pourrait donner lieu à la rédaction d'une charte de qualité. La voie serait ainsi ouverte à la contractualisation entre « offreurs de soins », c'est-à-dire les réseaux, et « acheteurs de soins », c'est-à-dire les caisses d'assurance maladie mais aussi les agences régionales de l'hospitalisation, ceci s'inscrivant dans le cadre des métiers actuellement portés par les services extérieurs de l'État.

Ce chantier est certainement désormais celui à ouvrir en priorité. ■

**Les réseaux doivent être dotés d'une personnalité morale.**