

Les réseaux et l'hôpital

Pierre Gilibert
Directeur, centre
hospitalier de la
région annecienne

Le point de vue exprimé ici est le fruit de la réflexion et de l'expérience propres aux acteurs de terrain d'un établissement public de santé, qui ont construit et mettent en œuvre des projets, plan d'action faisant une large place à la coopération et aux réseaux.

Le temps de l'autonomie forcenée, de l'autarcie, du repli sur soi étant bel et bien révolu, tout établissement public de santé doit s'insérer dans la chaîne des différents acteurs de santé du secteur auquel il appartient.

En effet, chaque centre hospitalier se doit de participer, d'assurer, voire même, en fonction de sa position et de son rôle, d'animer, de dynamiser :

- la continuité des soins, en évitant les ruptures dans la chaîne des soins et en organisant et coordonnant le passage d'un acteur, d'une structure de santé à l'autre, grâce à l'implication et à la synergie des différents intervenants de la chaîne soignante,
- la recherche de la qualité des soins par la mise en commun des progrès techniques, de la formation et de l'évaluation,
- l'optimisation des ressources en limitant la redondance de l'offre, des actes et en rentabilisant les équipements coûteux et les compétences rares,
- la proximité spatiale lorsqu'elle est revendiquée par la population pour des raisons objectives de sécurité et d'égalité devant les soins.

Une circulaire de terrain

La nécessité de coopérations et en particulier des réseaux n'est donc plus à démontrer. Elle est même devenue une évidence afin de satisfaire des objectifs aussi contradictoires que ceux cités précédemment. Un seul et même établissement, quels que soient sa taille et ses moyens, est incapable de les assumer tous et correctement.

D'ailleurs, les réseaux existent depuis longtemps, même s'ils n'étaient pas formalisés. Les praticiens hospitaliers se plaisent à rappeler qu'ils n'ont pas attendu la rédaction de textes sur la coopération pour constituer des réseaux de correspondants qui ont pris l'habitude de travailler ensemble.

D'autre part, les réalités du terrain confortent la volonté de la circulaire du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements qui souhaite « *favoriser une meilleure insertion des établissements de santé dans leur environnement. Elles s'inscrivent dans une logique d'amélioration de la qualité des soins et d'optimisation des moyens*

[...]. Les objectifs opérationnels [...] sont les suivants :

- assurer une meilleure orientation du patient, [...]
- favoriser le maintien ou le retour à proximité de leurs lieux de vie des patients, [...]
- assurer la continuité et la coordination de soins pour l'ensemble des patients ».

Au-delà de cette volonté, le fonctionnement interne de l'établissement public de santé est lui-même dépendant de la constitution des réseaux de soins. En particulier, le développement des alternatives est conditionné par l'amélioration préalable de réseaux tels que les urgences, la filière gériatrique, l'existence de structures avales proches et répondant aux besoins en matière de personnes âgées dépendantes, de soins de suite et de réadaptation.

Ces différents objectifs supposent effectivement la mise en place d'un système d'information et de moyens de communication entre les membres du réseau. L'expérience acquise permet d'affirmer que ce sont même des préalables qui conditionnent la réussite de toute la politique de coopération avec la médecine libérale.

En effet, le médecin traitant est le premier partenaire de l'hôpital et, à ce titre, il doit pouvoir reprendre son rôle propre dès lors que le malade est hors des murs de la structure hospitalière. Il est donc nécessaire de mettre rapidement à sa disposition les éléments essentiels du dossier du malade d'autant plus que l'informatisation des cabinets médicaux se développe inéluctablement. L'expérience de télémédecine ville-hôpital du centre hospitalier de la région annecienne est particulièrement éloquent à ce propos.

Cette démarche de production et d'échange d'informations est source de connaissance, reconnaissance réciproque et donc de confiance ; ce résultat est essentiel, car il s'avère que les réseaux qui se créent au bénéfice de populations, de pathologies ou d'activités particulières, se constituent le plus souvent autour d'un même et petit groupe de correspondants, issus de la première expérience de réseau réalisée ensemble.

Une mise en place vitale

L'avenir de la médecine (y compris la médecine de ville) est donc aux pratiques coopératives, aux réseaux sanitaires dont l'établissement public de santé est un maillon, un partenaire privilégié. En effet, la mise en réseau concerne aussi bien les phases pré et post-hospitalières que l'hospitalisation elle-même des malades :

- le réseau de prise en charge des urgences : la mise en place d'une organisation interne efficiente ne suffisant plus pour échapper aux problématiques actuelles, le flux des urgences doit être optimisé par

l'intégration du service d'accueil aux urgences (SAU) dans un réseau coordonné avec la mise en place de filières préhospitalières articulées avec les établissements du secteur et les médecins généralistes organisés en des structures ayant des liens privilégiés avec le SAU ;

- la prise en charge post-hospitalière et le retour à domicile : pour de nombreuses activités médicales, la prise en charge globale de la personne malade s'articule conjointement autour de structures hospitalières et de réseaux offrant une filière complète de prévention, de conseil et de soins ;

- l'optimisation et le partage des compétences et des équipements de haute technologie : nombre de spécialités et techniques médicales recourent à des équipements coûteux de haute technologie et (ou) à des compétences médicales spécifiques qui doivent être entretenues et mises à jour régulièrement et renouvelées fréquemment. Les établissements comme les cabinets libéraux, pris individuellement, ne sont plus en mesure d'assumer de tels investissements ni d'en assurer un usage optimal.

Le développement de réseaux entre l'hôpital, les structures et la médecine de ville permet de « décloisonner » en redonnant à chaque acteur son rôle dans la filière.

Les spécialistes seront ainsi associés et les praticiens possédant des compétences particulières pourront d'autant mieux jouer leur rôle de référent médical pour un domaine précis s'ils s'intègrent dans un réseau coordonné de soins.

Les généralistes seront encouragés à reconquérir des champs d'activité plus ou moins abandonnés, délaissés (urgences, personnes âgées...) ; ils sont donc au cœur du débat très actuel de la médecine de proximité dans laquelle ils peuvent jouer un rôle primordial en liaison avec les institutions hospitalières.

Les centres hospitaliers, en limitant ainsi les actes redondants ainsi que les hospitalisations inadéquates, peuvent aussi se recentrer progressivement sur leurs missions propres et donc être disponibles pour répondre aux besoins de diagnostic et de soins des patients et aux sollicitations des professionnels de santé.

Tout établissement public de santé, en particulier l'hôpital référent du secteur, doit (et même a tout intérêt) à faciliter la mise en réseau de l'offre de soins, en participant à la création et à l'animation d'outils, d'interfaces concourant au développement, à la sérénité des projets et donc à leur pérennité. Il s'agit en particulier de la communication dans ses multi-

ples formes, de la formation tant initiale que pour l'actualisation des compétences, des activités de santé publique et de l'évaluation.

Le centre hospitalier est, s'il le désire, au centre de ces multiples échanges ouverts aux professionnels de santé, hospitaliers ou non, publics ou privés du secteur. Développer les coopérations en ces domaines, c'est, en fait, se valoriser en s'ouvrant sur l'extérieur et en assurant les missions qui sont confiées aux établissements publics de santé par le législateur.

Encore des difficultés à la coopération

Certes, les difficultés restent nombreuses sur le chemin de la coopération et des réseaux. Les intérêts ne convergent pas aisément, les obstacles juridiques ne sont pas négligeables malgré les efforts louables du législateur et surtout, les comportements institutionnels, psychologiques constituent des freins puissants.

Les volontés de principe exprimées par tous les acteurs et partenaires s'émeussent souvent au fur et à mesure de la définition et de la construction des projets de réseaux. Au terme de ce processus, l'agrément des réseaux par l'ARH est un outil déterminant permettant aux acteurs de terrain d'apprécier le soutien et la volonté concrète de construire des réseaux coordonnés de soins.

Par ailleurs, la rémunération à l'acte des médecins libéraux est très concrètement un obstacle, invariablement cité dans tout projet à l'étude, au développement de l'exercice de la médecine de réseau, de santé publique, d'évaluation.

Le contenu et la forme des réseaux, des coopérations sont multiples, variés et complexes. Ils reposent sur la qualité des hommes et femmes, leur volonté de construire ensemble et collaborer de façon prolongée. C'est donc une nouvelle mission des établissements publics de santé qui émerge, qui doit donc être bien identifiée, qui nécessite compétence et disponibilité pour lever les craintes, les obstacles et bâtir solidement l'indispensable réseau de soins. Les réseaux et coopérations constituent dorénavant une activité majeure au même titre que toutes les activités hospitalières classiques.

Le directeur d'hôpital ne peut plus ignorer cette évolution inéluctable et doit, s'il ne l'a pas déjà fait, instaurer le cadre et les conditions du pilotage et du management de la coopération et des réseaux où la communication joue un rôle essentiel. ■

Développer les coopérations c'est se valoriser en s'ouvrant sur l'extérieur