

# Filières et Réseaux

Pr. Charles HONNORAT  
18 novembre 2002

Le système de soins est constitué de structures mettant à disposition des personnels médicaux et paramédicaux, structures de soins qui vont du cabinet infirmier libéral au centre hospitalo-universitaire en passant par des médecins isolés ou en groupe, des cliniques privées ou publiques, à but lucratif ou non lucratif, des maisons de retraite ou des hôpitaux locaux. Le tout est censé répondre au mieux à la diversité des demandes de soins de la population. L'adéquation entre ces structures et cette demande constitue un problème important qui, dans notre système de soins basé sur le libéralisme et sur le libre choix, nécessite qu'on lui apporte des solutions. L'approche s'en est faite ces dernières années par la proposition de mise en place de "filières de soins" ou de "réseaux de soins". Ces deux approches, fondamentalement différentes, ne s'opposent pas mais au contraire se complètent.

Nous avons vu au cours des séances précédentes quelle était l'organisation du système de soins en France, quelle en était l'histoire et comment nous avons un double système, l'un hospitalier, administré et financé par l'Etat ou par les collectivités locales et l'autre ambulatoire, libéral, modulé par une convention passée entre les syndicats de médecins et les caisses d'assurance maladie. Dans un secteur comme dans l'autre, les statuts des personnels sont divers, salariés ou libéraux, payés à l'acte, à la fonction ou au mois, avec des mécanismes régulateurs variés, négociés dans des contextes différents sans véritable cohérence.

Pour une même demande, pour une même pathologie, un patient pourra donc être traité par un médecin spécialisé hospitalier payé au mois dans un plateau technique hospitalier financé sur un forfait annuel de l'Etat ou par un médecin généraliste payé à l'acte sur les fonds des caisses de sécurité sociale. Les coûts ne sont pas les mêmes, les efficacités, pour ne pas parler de la seule efficacité, sont également différentes. C'est dans le cadre d'une politique d'optimisation des moyens disponibles que se sont développées les réflexions sur les filières et les réseaux de soins.

## 1. Filières de soins

Une "filière de soins" c'est la trajectoire des patients telle que l'on peut la décrire a posteriori ou telle que l'on peut essayer de l'infléchir par des mesures soit incitatives, soit réglementaires ou législatives. Cette filière est caractérisée par :

- les intervenants successifs
- la nature des soins apportés par chacun d'entre eux
- les règles de progression du patient entre ces divers intervenants.

La filière de soins est la résultante de la nature et de l'importance de l'offre et des règles de fonctionnement qui sont mises en place. Agir par ce biais, c'est agir sur la demande de soins et sur les règles d'accès aux soignants, mais sans intervenir dans la pratique de chaque soignant et sans chercher à modifier les rapports des soignants entre eux. L'organisation en filières respecte l'indépendance des acteurs, chacun prenant la suite de l'autre par un mécanisme d'adressage. La continuité est assurée par le passage de relais sous forme de courrier ou de compte rendu. Le plus récent exemple en est la tentative de développer dans le cadre conventionnel une "option référent" dans laquelle le patient s'engageait à consulter son médecin généraliste avant toute consultation spécialisée... sauf exception...

Dans le milieu hospitalier, la filière de soins est organisée de façon très administrative entre les différents soignants d'un même service ou d'un même hôpital sans que le malade puisse exprimer des choix. Il n'y a pas de règle organisant la filière de soins entre l'hôpital et le secteur ambulatoire

## 2. Réseaux de soins

Source : Créer et piloter un réseau de santé. Rennes : ENSP Décembre 2002

Toute autre est la logique des réseaux de soins qui consiste en une organisation de l'offre de soins. C'est, selon l'ANAES, "**une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné sur un territoire donné**". Il regroupe sur la base du volontariat différents intervenants concernés par un problème donné sur un territoire donné. L'objectif du réseau est de coordonner les soins apportés par chacun de ces acteurs, de mutualiser leurs connaissances et d'échanger leurs connaissances dans la perspective d'une meilleure prise en charge du patient. Lorsque ces "réseaux de soins comportent également, en amont de la prévention et en aval de l'éducation pour la santé, on parle volontiers de "réseaux de santé".

Les réseaux sont caractérisés par :

▪ **des individus :**

- patients,
- soignants
- financeurs

▪ **des outils :**

- référentiels de pratique,
- dossier de patients,
- système d'information,
- modalités de financement,
- système de management
- procédures d'évaluation.

L'objectif du réseau est de mutualiser les connaissances et les comportements professionnels des différents soignants et de modifier les rapports de hiérarchie existant entre eux "Un réseau est une chaîne de soignants qui travaillent ensemble dans l'intérêt du malade. Le maillon le plus important de cette chaîne est le maillon le plus faible".

**Pourquoi cet essor des réseaux ?** Gwenola LEVASSEUR en donne une bonne explication :

*On assiste actuellement à une « transition » épidémiologique caractérisée par la montée en charge des pathologies chroniques : maladies cardio-vasculaires, insuffisance respiratoire, diabète, déficit cognitifs, cancers, etc. De plus en plus de patients ont donc besoin de plus de services, plus souvent et par plus d'un professionnel. Toutes ces pathologies chroniques ont une caractéristique commune : elles se traitent au long cours dans la communauté\*. Les traitements et surveillances qui auparavant se faisaient à l'hôpital sont actuellement possibles en médecine ambulatoire. L'équilibre entre soins hospitaliers et soins extra-hospitaliers s'en trouve modifié et les missions et prestations de l'hôpital doivent être repensées. Ce nouvel équilibre à trouver renvoie à la notion de réseaux que l'on peut imaginer capables de répondre aux impératifs de coordination et de coopération.*

*A l'origine de nombreux réseaux, on trouve l'initiative d'un médecin ou d'un groupe de médecins qui s'organisent pour améliorer la prise en charge de tels ou tels patients. En général, c'est parce qu'ils sont conscients d'un problème existant qu'ils se mobilisent pour le régler. De nombreux réseaux sont ainsi à l'**initiative de professionnels et au service de patients**. On peut dire qu'il s'agit là du **ciment symbolique initial** qui donne toute sa légitimité à l'entreprise. La volonté d'améliorer les choses est souvent source d'enthousiasme et explique l'énergie que les promoteurs de réseaux dépensent sans compter.*

**Les réseaux peuvent ainsi être structurés autour d'une pathologie** (VIH, diabète, cancer) ou **sur un espace géographique** (une ville, un « pays »). Ils associent le plus souvent un établissement hospitalier et des médecins de ville. Certains ne concernent que des médecins, d'autres sont pluri-professionnels. Il existe donc une grande diversité de réseaux, qui semble dépendre de la multiplicité des configurations de départ. Mais d'autres définissent les réseaux selon leur mode de financement. Les réseaux Soubie par exemple se veulent expérimentaux et requièrent un agrément de dérogation tarifaire. Certains réseaux sont financés par des enveloppes spéciales gérées par le Ministère de la santé dans le cadre de politiques spécifiques. C'est le cas des réseaux Sida Ville Hôpital, toxicomanie, hépatite C, précarité. D'autres encore font appel au Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (Faqsv\*) en soumettant des projets dans le cadre régional. C'est le cas des réseaux diabète, soins palliatifs par exemple.

Plusieurs typologies de réseaux ont été proposées. On peut ainsi distinguer 4 types principaux de réseaux :

- **les réseaux financés par l'assurance maladie (réseaux Soubie)**

Il s'agit de réseaux expérimentaux centrés sur le soin et des pathologies spécifiques. Ils font l'objet d'un agrément ministériel. (Cadre juridique de fonctionnement Article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale)

- **les réseaux inter-établissements.**

Constitués entre établissements de santé, ils sont formalisés et bénéficient d'une accréditation délivrée par l'ARH. (Cadre juridique de fonctionnement : Article L.712-3-2 du Code de la Santé publique\*).

- **les réseaux ville-hôpital monothématiques.**

Constitués entre professionnels de ville et d'hôpital, ces « réseaux pionniers » ont d'abord pris en charge des patients atteints d'infection à VIH et des toxicomanes. Ils concernent des pathologies diverses : hépatite C, cancer, maladies chroniques, etc. (Cadre juridique : circulaires DS-DGS, le plus souvent constitués en associations Loi 1901).

- **les réseaux de santé de proximité financés par l'État.**

Regroupés autour de la population d'un quartier ou d'une ville, ces réseaux ont développé parallèlement à la prise en charge médico-sociale des patients une activité de Santé publique\* ou de Santé communautaire\*. Ils associent professionnels de santé, du secteur social et des associations. (Cadre juridique de fonctionnement : Circulaire DGS du 25/11/1999).

Par ailleurs, il faut noter l'émergence d'un consensus partagé sur l'opportunité et la nature des réseaux. Pour beaucoup, les réseaux sont les acteurs incontournables de la **restructuration de l'offre de soins** et ils préfigurent le mode de fonctionnement du système de santé de demain. Ce consensus s'exprime dans la mise en avant des réseaux généralistes de santé et de proximité.

- *Généralistes* : en favorisant une prise en charge globale de la personne.
- *De santé* : en offrant à la personne non seulement des soins mais aussi de la prévention, de la promotion de la santé et une approche médico-sociale.
- *De proximité* : en inscrivant la prise en charge dans les priorités locales de santé, tout en respectant le quotidien et le lieu de vie de la personne.

Il convient en outre de souligner **l'évolution récente et favorable de la législation**. Ce consensus se traduit dans la loi par l'intermédiaire de deux textes complémentaires :

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, qui met en place dans l'ONDAM, une nouvelle enveloppe avec **un fonds dédié au développement des réseaux** au niveau national et régional. Cette loi institue une instruction des dossiers au niveau régional pour pallier les dysfonctionnements de la procédure Soubie.
- La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 qui donne pour la première fois dans son article 84 une définition unique et légale des **réseaux non de soins mais de santé** : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation pour la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de Santé publique\*. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers". Art. L ; 6321-1- Chapitre V de la Loi du 4 mars 2002

## **Les défis des réseaux.**

Beaucoup de réseaux associent des professionnels libéraux et un hôpital. Ce n'est pas facile de faire travailler ensemble des professionnels de santé que tant de choses séparent : histoire personnelle, statut social, mode de rémunération, grilles d'analyse, etc. L'investissement dans les activités d'un réseau n'a pas le même coût pour tous les participants.

**L'hôpital** est une organisation complexe où travaillent de nombreux professionnels différents, soignants, bien sûr, mais également administratifs, travailleurs sociaux. Il est marqué par la spécialisation. Ces professionnels ont bien sûr l'habitude du travail en groupe, mais marqué du sceau de la hiérarchie et dans lequel un professionnel spécialisé est perçu comme supérieur à celui qui ne l'est pas. Le travail d'un réseau sera pour le directeur d'hôpital une branche de son projet d'établissement dans laquelle il investira (ou n'investira pas) les moyens techniques et les hommes dont il dispose.

**Le médecin généraliste libéral** est quant à lui un travailleur indépendant qui estime n'avoir de compte à rendre à personne. La notion de santé publique est fort peu développée dans sa culture. Il tire ses revenus du paiement à l'acte de ses soins curatifs. Il est souvent réticent à tout formalisme et à toute structuration qu'il vit comme des intrusions dans sa liberté de prescription. Dans le travail de réseau où le médecin généraliste libéral viendra chercher de son propre chef une valorisation bénévole de son statut, l'hospitalier travaillera, sur ordre ou avec l'autorisation de son directeur d'établissement dans le cadre de ses horaires de travail rémunéré.

Les uns ont une connaissance plus pointue de la maladie, les autres connaissent mieux le patient dans son milieu de vie, avec ses contraintes et ses logiques propres.

**Le financeur**, Etat, caisse de sécurité sociale, caisse complémentaire, collectivité locale, par essence, engage des sommes qui ne lui appartiennent pas mais dont il a la responsabilité de la bonne gestion. Il doit donc rendre compte de la bonne utilisation des budgets engagés. Ce qui a deux conséquences. La première est que tout financeur demandera des objectifs clairs et évaluables pour un réseau qui sera un interlocuteur en tant que tel (avec des statuts adaptés). Le financement se fait à partir d'un cahier des charges. La seconde conséquence est qu'un financement appelle une gestion claire et un bilan. Toutes ces obligations demandent du travail, c'est-à-dire du temps et des compétences à prévoir dans l'animation d'un réseau. Parfois, le financeur sera même le promoteur du réseau. Dans tous les cas, c'est un partenaire capital du réseau.

Le défi majeur d'un réseau est de mettre en place les hommes et les procédures qui permettront un management pérenne. Une des conditions de cette pérennité est bien sûr la pérennité des financements. C'est plus encore sans doute la mise en place d'un management qui comprenne et respecte les motivations, les systèmes de valeur et les objectifs de chacun des participants au réseau. Ce management ne doit pas forcément être assumé par le financeur, ni même directement par le promoteur du réseau ou par les médecins qui y participent. Un réseau qui ambitionne de faire travailler autrement les professionnels entre eux a besoin d'élaborer ses règles de fonctionnement par un travail commun qui seul peut fonder un vrai changement durable. Il doit aussi en assurer une évaluation régulière authentique de ses résultats et de ses objectifs. La formalisation n'est pas la lourdeur et la rigidité, elle peut être garante de clarté et de démocratie.

## **Bibliographie**

**SCHWEYER François-Xavier, LEVASSEUR Gwenola et coll. Créer et piloter un réseau de santé. Rennes : ENSP Décembre 2002 en cours de parution.**

**HOUSSET B. Apprentissage de l'exercice médical      Module transversaux Editions  
Masson 2002 Chap.13**