



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

L'ACCREDITATION DES FILIÈRES ET RÉSEAUX DE SOINS

– thème n° 16 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 9 élèves

Animateurs

- **Franck LE DUFF**

- **Laurent CHAMBAUD**

REMERCIEMENTS

Cette étude nous a permis de découvrir et d'approfondir, en un temps mesuré, des notions appelées à un développement rapide.

Nous remercions très vivement les différentes personnes qui ont bien voulu nous exposer l'état de leur réflexion et nous faire partager leurs expériences. La force de leurs convictions a donné à ce thème essentiellement prospectif la dimension concrète que requiert notre formation.

Enfin, nous exprimons notre reconnaissance à M. Chambaud et au Dr. Le Duff pour leur soutien et leurs conseils avisés.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
---------------------	----------

1 NOTIONS EMERGENTES, INSTRUMENTS NOUVEAUX : LE CHAMP DE L'ORGANISATION SANITAIRE EST TRAVERSE PAR DES EVOLUTIONS PROFONDES	7
--	----------

1.1 Malgré une interprétation incertaine des définitions, le développement des réseaux et filières est la résultante de multiples enjeux	7
---	----------

1.1.1 Définitions	7
1.1.1.1 définitions courantes	7
1.1.1.2 définitions réglementaires	8
1.1.1.3 points de vue d'auteurs et d'acteurs de terrain	10
1.1.2 Les enjeux des réseaux et des filières	10
1.1.2.1 les enjeux financiers	11
1.1.2.2 les enjeux au niveau de la planification	12
1.1.2.3 les enjeux au niveau de la qualité	12
1.1.3 Etat des lieux	13
1.1.3.1 réseaux du Code de la Santé Publique	13
1.1.3.2 réseaux et filières expérimentaux relevant du Code la Sécurité Sociale	13

1.2 Les notions d'évaluation, d'accréditation et d'agrément	14
--	-----------

1.2.1 Définitions	14
1.2.1.1 définitions courantes	14
1.2.1.2 définition réglementaire	15
1.2.1.3 points de vue des acteurs de terrain	15
1.2.2 Les enjeux de l'évaluation et de l'accréditation	16
1.2.2.1 les enjeux de l'accréditation	16
1.2.2.2 les enjeux de l'évaluation	17
1.2.3 Etat des lieux	17

2 L'ACCREDITATION DES RESEAUX ET FILIERES, SEDUISANTE AU REGARD DE SES OBJECTIFS, EST SUBORDONNEE A LA REALISATION DE NOMBREUSES CONDITIONS FAVORABLES _____ 18

2.1 Intérêts de la mise en place de l'accréditation des réseaux _____ 18

- 2.1.1 Au plan national et régional : des enjeux de santé publique et de planification _____ 18
 - 2.1.1.1 au plan national : des enjeux de santé publique _____ 18
 - 2.1.1.2 au plan régional : un enjeu de planification et d'aménagement du territoire _____ 19
- 2.1.2 Au plan local : des réseaux plus efficaces au service des usagers _____ 20
 - 2.1.2.1 le développement d'une nouvelle culture organisationnelle : le réseau accrédité _ 20
 - 2.1.2.2 l'utilisateur acteur du système de santé _____ 21

2.2 Des aménagements sont nécessaires pour surmonter les difficultés actuelles 22

- 2.2.1 Les difficultés sont liées à la nature des réseaux et aux limites de l'accréditation _____ 22
 - 2.2.1.1 les réseaux de soins sont encore trop peu nombreux et récents _____ 22
 - 2.2.1.2 la définition d'un cadre externe d'évaluation du travail en réseau se heurte à de nombreux obstacles _____ 23
- 2.2.2 Les propositions _____ 24
 - 2.2.2.1 promouvoir le travail en réseau par des incitations microéconomiques _____ 24
 - 2.2.2.2 l'accréditation des réseaux n'est qu'un moyen d'évaluation parmi d'autres, néanmoins nécessaire pour les professionnels eux-mêmes _____ 27

CONCLUSION _____ 30

BIBLIOGRAPHIE _____ 31

ANNEXES _____ 34

INTRODUCTION

Le système de santé en France est confronté, depuis les ordonnances de 1996, à la nécessité d'une maîtrise des dépenses ainsi qu'à l'amélioration continue de la qualité. La réorganisation du système est une des voies pour obtenir la diminution des dépenses. Le développement des réseaux et filières de soins peut participer de façon active à une meilleure gestion des enveloppes budgétaires puisque cette organisation permet d'envisager la prise en charge sanitaire et sociale du patient. L'amélioration continue de la qualité, quant à elle, demande la mise en place d'une procédure d'évaluation de cette démarche nommée accréditation.

Parler de l'accréditation des filières et réseaux de soins suppose que soient clarifiées au préalable les deux logiques que sous-tendent ces notions de réseau et d'accréditation : d'un côté, un dispositif ancien dont les finalités ont varié dans le temps, de l'autre, une approche nouvelle de la qualité.

C'est en effet dès la première Guerre Mondiale que les réseaux sont créés. Cette expérience nouvelle qui consistait en une prise en charge coordonnée du patient par plusieurs professionnels de santé, se caractérisait par une finalité exclusivement sanitaire (en l'occurrence la lutte contre la tuberculose). Dans les années 1980, l'enjeu est tout autre. Il s'agit de mettre en place un réseau (comme les réseaux de soins coordonnés ou R.S.C.) qui permette la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Aujourd'hui cette dualité persiste avec, d'un côté, les filières et réseaux de soins issus du Code de la Sécurité Sociale, et de l'autre, les réseaux de soins tels qu'ils sont définis dans le Code de la Santé Publique.

La procédure d'accréditation, quant à elle, introduite en France beaucoup plus récemment ainsi que la création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) par les ordonnances du 24 avril 1996 visent principalement une amélioration continue de la qualité.

Cette procédure repose exclusivement sur les établissements de santé ; elle privilégie pour l'instant l'analyse des moyens mis en œuvre par les équipes hospitalières pour prendre en charge le patient. En revanche, l'accréditation des filières et réseaux de

soins permettrait peut-être de substituer à une vision statique une vision dynamique d'évaluation qui garantirait l'efficacité des soins et examinerait la qualité du parcours du patient. Mais, peut-on accréditer, valider la trajectoire empruntée par un patient ? Et comment ?

L'intérêt d'introduire une démarche d'accréditation dans une structure en réseaux est triple : arriver à expliquer la qualité de la prestation délivrée, avoir une vue globale de l'organisation des soins et permettre de généraliser à terme ce système de prise en charge. L'accréditation, même sous une forme renouvelée, peut-elle atteindre ces objectifs ? Constituera-t-elle un frein ou un moteur au développement des réseaux ? Ne risque-t-elle pas de normaliser trop fortement des modalités de coopération souvent informelles ?

Le champ de l'organisation sanitaire est traversé par l'émergence de notions et d'instruments nouveaux (1). L'accréditation des réseaux et filières, séduisante au regard de ses objectifs, est subordonnée à la réalisation de nombreuses conditions favorables (2).

1 NOTIONS EMERGENTES, INSTRUMENTS NOUVEAUX : LE CHAMP DE L'ORGANISATION SANITAIRE EST TRAVERSE PAR DES EVOLUTIONS PROFONDES

1.1 Malgré une interprétation incertaine des définitions, le développement des réseaux et filières est la résultante de multiples enjeux

Au fil des dernières années, les domaines sanitaires et sociaux sont devenus la cible d'exigences croissantes : qualité, proximité, sécurité, rationalité de l'organisation, maîtrise des coûts... La vigueur de ce débat a suscité des initiatives, tant institutionnelles que de terrain, favorisant l'expérimentation de modes de prise en charge résolument nouveaux.

1.1.1 Définitions

Les ordonnances du 24 avril 1996 mettent en place, en parallèle, deux types de réseaux (réseaux dits du Code de la Santé Publique et réseaux expérimentaux dits du Code de la Sécurité Sociale) mais ne fournissent pas pour autant de définition claire de ces deux concepts. Des définitions différentes et parfois discordantes ont surgi, non sans être toujours dénuées d'arrière pensées.

1.1.1.1 définitions courantes

filière : selon le Larousse étymologique, ce mot vient du latin « filum » qui signifie sens, progression, tranchant. Quant au Petit Robert, il parle de succession d'états à traverser, de degrés à franchir, de formalités à accomplir avant de parvenir à un résultat.

réseau : selon le Larousse étymologique, ce mot signifie filet à mailles entrelacées, entrecroisement de voies. Le Petit Robert le définit comme un tissu à mailles très large, un ensemble de lignes, de bandes entrecroisées plus ou moins régulièrement, une répartition des éléments d'une organisation en différents points.

1.1.1.2 définitions réglementaires

Les réseaux de soins du Code de la Santé Publique (article L.712-3-2) d'après l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Selon l'article L.712-3-2 les réseaux ont pour vocation « *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* ».

Ils s'inscrivent dans une logique de réorganisation de l'offre de soins et d'amélioration de la qualité des soins.

Ces réseaux ont une vocation très large et peuvent s'adresser soit à une population particulière (personnes âgées, toxicomanes), soit à un type de pathologies lourdes ou chroniques (cancer, diabète). 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, l'établissement de soins en est et doit en être le pivot.

Néanmoins, le réseau ne peut se concevoir qu'avec une large participation des autres professionnels de santé (médecins libéraux, professionnels paramédicaux, organismes à vocation sanitaire et sociale) et des professionnels du domaine social (services communaux, travailleurs sociaux et humanitaires, Agence Nationale Pour l'Emploi...).

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 et formalisée par une convention répondant à un cahier des charges.

Les réseaux et filières de soins du Code de la Sécurité Sociale (article L. 162-31-1) d'après l'ordonnance du 24 avril 1996 portant sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

L'article L.162-31-1 consacré aux filières et réseaux expérimentaux ne contient pas plus de définition que le Code de la Santé Publique. Cet article indique seulement 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, en accord avec 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 ».

Ce ne sont toutefois que d'actions expérimentales, menées sur cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance du 24 avril 1996 ; elles arrivent donc à échéance en avril 2001.

Trois catégories d'actions expérimentales sont prévues :

- 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;
- 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 ;
- tout autre dispositif répondant à ces objectifs : mécanismes empruntant tant à la première qu'à la seconde catégorie.

Les demandes d'agrément des projets de filières et de réseaux expérimentaux sont adressées au conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux, dénommée également conseil SOUBIE, qui après examen de l'intérêt économique et médical, de la qualité du système d'information et des justifications des dérogations légales et réglementaires rend un avis suivant une procédure particulière (article R.160-50-3 du CSS). Celui-ci est transmis aux ministres compétents pour statuer sur la demande d'agrément.

A une coordination des intervenants s'ajoute un mécanisme de financement global, recherche d'alternative à la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de santé de ville telle qu'elle existe aujourd'hui. Pour que cela soit possible, il est prévu des dérogations aux dispositions du Code de la Sécurité Sociale (tarification, honoraires, ticket modérateur...).

Notons que la portée réelle de cette possible dérogation est limitée puisqu'elle est subordonnée au respect des enveloppes budgétaires distribuées par les directeurs des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH).

1.1.1.3 points de vue d'auteurs et d'acteurs de terrain

Au delà des dispositions légales, des auteurs et des acteurs de terrain expriment des points de vue différents.

Pour J.F Bauduret¹ (chargé de mission auprès de la direction de l'action sociale au ministère de l'emploi et de la solidarité) : « *la filière correspond à une organisation de la trajectoire empruntée par un usager pour circuler au sein d'un dispositif d'offre organisé ou non en réseau alors que le réseau correspond à une organisation coordonnée de personnes morales ou physiques, accroissant la rationalité technique et économique d'un dispositif d'offre, au sein duquel l'usager circule de façon pertinente* ».

Pour P.Y Poindron² (rédacteur en santé de la revue *Espace Social Européen*): « *la filière est plutôt une organisation verticale, axée autour du généraliste intervenant en première intention et orientant le patient dans le système de soins, alors que le réseau est une structure plus horizontale, coordonnant les interventions du sanitaire et du social, la médecine de ville et l'hôpital, autour d'une population de malades atteints d'une pathologie lourde ou chronique ou exclus des soins* ».

La confusion introduite par le cadre réglementaire se retrouve sur le terrain. En effet, les acteurs rencontrés connaissent parfaitement les textes, telle une personne de la DREES qui distingue de manière pertinente les filières et les réseaux. Selon elle, le réseau est un ensemble d'acteurs qui travaillent sur un territoire au service d'une population et partagent des objectifs communs, alors que la filière est une trajectoire. Néanmoins, nos interlocuteurs ne voient pas l'intérêt de distinguer les deux notions. Pour certains « les réseaux envisagent des trajectoires a priori à même de permettre la réalité d'une filière », tandis que pour d'autres « dans les faits, le médecin généraliste est au cœur des filières et des réseaux ».

1.1.2 Les enjeux des réseaux et des filières

La fonction de coordination introduite par les réseaux (par l'intermédiaire de coordonnateurs qui peuvent être infirmiers, ergothérapeutes ou assistants sociaux...) et les filières (par l'intermédiaire des généralistes) se situe au centre de plusieurs dynamiques :

¹ Bauduret : *Technologie Santé*, septembre 1999

² Poindron : *Espace Social Européen*, septembre 1998

celle du patient et de son entourage, celle des libéraux, celle de l'hôpital, celle des associations.

Au sein de ces différents univers sociaux ou professionnels, la coordination fait évoluer les modes de fonctionnement et de financement, se pose en alternative, introduit une continuité des soins, et suscite de nouvelles compétences.

Les réseaux s'inscrivent dans l'un des axes prioritaires de la réforme hospitalière : l'ouverture de l'hôpital sur la ville. Leur mise en place annonce, en principe, la fin de la concurrence entre secteurs public et privé et consacre la complémentarité médicale et sociale entre les différents acteurs.

Les réseaux doivent aussi 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.

1.1.2.1 les enjeux financiers

L'enjeu majeur est l'introduction d'une complémentarité entre les soins de ville et la compétence spécifique de l'hôpital. Concernant l'assurance maladie, il pourrait, à terme, exister pour un même malade, un budget global comprenant les prestations d'hôpital et de ville.

C'est une clé de l'optimisation de l'emploi des ressources disponibles, dans le cadre d'une enveloppe fixe, donc une clé de la maîtrise médicalisée. L'organisation en réseau est un outil permettant de modifier les flux de financement et les flux de patients, sans déplacer réellement les acteurs.

La forfaitisation de la prise en charge à domicile qu'ont adoptée certains réseaux de soins coordonnés, en fonction d'un barème négocié avec la caisse maladie et modulable selon les niveaux de prestations, est une démarche innovante en matière de maîtrise des dépenses de santé.

A travers la simplification des systèmes et des flux comptables, il s'agit bien de l'ébauche d'une modification profonde des modes de financement des prestations sanitaires et sociales.

1.1.2.2 les enjeux au niveau de la planification

Aujourd'hui, les réseaux de soins constituent un outil de planification à l'instar des coopérations menées entre établissements de santé, permettant d'adapter l'offre de soins hospitalière au schéma d'organisation sanitaire.

Les réseaux et filières de soins expérimentaux du Code de la Sécurité Sociale constituent un début de planification de la médecine libérale.

Les réseaux représentent un potentiel de prise en charge globale pour peu qu'ils agissent comme coordonnateurs de soins. Ils matérialisent ce qui peut se faire en ambulatoire et en quoi l'hôpital est redondant ou surdimensionné.

L'assurance maladie soutient activement des expériences offrant des alternatives efficaces à l'hospitalisation. Certaines fonctions de l'hôpital peuvent être assurées par le secteur libéral.

1.1.2.3 les enjeux au niveau de la qualité

En apportant à la fois la continuité et la régularité, la coordination des soins répond à des critères de qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources, à l'inverse de ce que l'on observe par ailleurs en milieu hospitalier quand plusieurs intervenants sont responsables d'une même prise en charge (répétition des actes). Le réseau est un lieu de faire savoir sur les soins prodigués au patient qui optimise l'intervention des uns et des autres et assure la continuité.

La prise en charge au sein d'un réseau s'inscrit également dans le temps. Le réseau instaure un suivi des personnes, particulièrement des sujets âgés et/ou celles souffrant d'affections chroniques (exemple du Bureau d'information et de coordination gérontologique de Lunel). Concomitamment, il se construit une relation fondée sur la connaissance du patient et de son environnement. Cette accumulation de connaissances autorise des décisions appropriées et permet une meilleure adaptation des traitements, des soins, et des examens, ainsi qu'une diminution des recours inutiles à l'hospitalisation.

1.1.3 Etat des lieux

L'organisation en réseau n'est pas une orientation nouvelle. En effet, après la première Guerre Mondiale, le premier réseau est créé dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. En sommeil pendant plusieurs décennies, le réseau réapparaît en 1972 avec l'organisation en secteur de la psychiatrie. En 1983, apparaissent les réseaux de soins coordonnés (R.S.C), inspirés des Health Maintenance Organizations (H.M.O.) américains.

Les années 1990 voient les réseaux se multiplier. En 1991, dans le cadre de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection V.I.H., une circulaire du 4 juin met en place le réseau ville - hôpital. Mais ce sont les ordonnances du 24 avril 1996 qui formalisent réellement les réseaux dans le cadre du plan Juppé.

1.1.3.1 réseaux du Code de la Santé Publique

Durant l'été 1996, après la publication au Journal Officiel des ordonnances Juppé, un inventaire des réseaux existants et qui recevaient déjà des fonds de l'Etat, des Conseils généraux ou des municipalités, a été réalisé. Plus de 500 réseaux ont été identifiés, appartenant à plus de vingt cinq catégories différentes, selon qu'ils s'adressaient à des activités (urgences, soins palliatifs, lutte contre la douleur...), à des maladies (V.I.H., cancer, asthme...) ou à des populations particulières (personnes défavorisées, âgées, dépendantes...).

Cette extrême diversité provient du fait que chaque initiateur de réseau s'inscrit dans un tel processus pour résoudre un problème concret en fonction des contraintes, des possibilités locales et des particularités des personnels sur lesquels il pense pouvoir compter. Ce nombre ne cesse d'augmenter. Ainsi, en 1998, on dénombrait déjà plus de 1000 réseaux.

1.1.3.2 réseaux et filières expérimentaux relevant du Code la Sécurité Sociale

Après un an de fonctionnement du Conseil SOUBIE, il a été procédé à la première synthèse des travaux. Le bilan est nuancé, notamment en raison de la complexité du dispositif d'instruction des dossiers : les projets doivent d'abord transiter par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) avant d'être examinés par le secrétariat du Conseil d'Orientation. L'avis de la CNAMTS est requis et seuls les dossiers jugés complets sont examinés en séance.

Deux dossiers seulement sont parvenus au stade ultime de la procédure. Faisant à ce jour chacun l'objet d'un arrêté d'autorisation, ils concernent :

- *un dispositif de prévention en matière de soins dentaires chez l'enfant.*
- *un dossier de réseau gérontologique présenté par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.*

En outre, trois dossiers ont reçu un avis favorable. Il s'agit de :

- *un dossier de filière de soins à partir du médecin généraliste et présenté par la Caisse d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles (CANAM).*
- *un dossier «mixte», de filière et réseau à la fois, présenté par Groupama, baptisé Partenaires-Santé.*
- *un dossier de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, présenté par deux associations implantées en milieu hospitalier.*

1.2 Les notions d'évaluation, d'accréditation et d'agrément

Actuellement, les réseaux relevant du Code de la Santé Publique, c'est à dire les plus nombreux, doivent obtenir un agrément de l'ARH afin d'être reconnus et formalisés officiellement. Les entretiens ont révélé un certain nombre de confusions entre accréditation, évaluation, agrément. Il est apparu nécessaire de définir ces trois notions.

1.2.1 Définitions

1.2.1.1 définitions courantes

* Evaluation : selon le Larousse étymologique, le verbe évaluer vient du latin « valiere » (valoir) qui signifie être bien portant, d'où être évalué, se faire valoir. Quant au Petit Robert, il définit l'évaluation comme l'action d'évaluer c'est à dire porter un jugement sur la valeur, le prix de.

*Accréditation : selon le Larousse étymologique, ce mot vient du latin « creditum » qui signifie croire au sens financier apparu au 16^{ème} siècle. Le Petit Robert la définit comme l'action d'accréditer signifiant mettre quelqu'un en crédit, donner l'autorité nécessaire pour agir en qualité de, rendre croyable, plausible.

*Agrément : selon le Larousse étymologique, ce mot vient du latin « gré » qui signifie agréable. Le Petit Robert le définit comme une permission, une approbation venant d'une autorité.

1.2.1.2 définition réglementaire

Selon l'article L 710-5 de l'ordonnance du 24 avril 1996 : « *Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé, publics et privés, doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.*

Cette procédure, conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement ».

Les réseaux mentionnés à l'article L 713-3-2 ainsi que les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L 713-11-1 sont également soumis à cette obligation.

L'ordonnance donne une définition de l'accréditation conforme au concept admis au niveau international sans vouloir mettre en place un système « à la française ».

1.2.1.3 points de vue des acteurs de terrain

Selon le médecin, chercheur à l'INSERM, interrogé : « l'évaluation est une tâche qui incombe à tous et pas seulement à l'accréditeur. Elle se fait a posteriori au plan des procédures (faciles et rapides en termes de méthodologie) et au plan des résultats (sous réserve d'avoir fixé des objectifs auparavant et de distinguer entre évaluation des résultats

au niveau individuel – satisfaction des usagers – et évaluation des résultats au niveau populationnel – critères de santé publique) ».

Pour la personne qui nous a reçus à la DREES, « l'accréditation est proche des systèmes de certification. Il faut la distinguer de l'agrément et de l'évaluation. L'agrément consiste en la vérification du respect par l'établissement de normes, dès lors que celles-ci existent. L'agrément peut se justifier, notamment dans le cas d'un financement public. L'évaluation est la mesure d'un écart entre un référentiel et un résultat ; elle peut être faite en interne et en externe. L'accréditation est donc une forme particulière de l'évaluation ».

Les termes - évaluation, accréditation - sont souvent confondus, puisqu'une accréditation sans évaluation n'est pas envisageable. Pourtant, notre interlocuteur à l'ANAES estime que « l'évaluation est beaucoup plus large que l'accréditation, elle n'impose ni labellisation ni reconnaissance extérieure. C'est une démarche qualité qui vise à l'amélioration continue des pratiques professionnelles. L'accréditation en revanche, correspond à une photographie à l'instant t ». De même, pour un directeur d'hôpital, l'accréditation doit rester indépendante du contrôle de qualité (objectifs et évaluation du respect des objectifs) qui doit être fait par les tutelles. Enfin, pour introduire une comparaison internationale, un chef de projet de la DREES a cité le Québec comme exemple. Dans ce pays, les réseaux sont accrédités par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. L'accréditation établit un lien entre moyens et résultats en vérifiant que l'on a atteint « le possible », soit la meilleure qualité avec les moyens disponibles.

1.2.2 Les enjeux de l'évaluation et de l'accréditation

1.2.2.1 les enjeux de l'accréditation

S'appuyant largement sur les expériences étrangères, notamment nord-américaines (depuis soixante-dix ans aux Etats-Unis et plus de trente ans au Canada), les rédacteurs de l'ordonnance d'avril 1996 considèrent que cette démarche est indispensable à la survie des établissements de santé, pour des raisons qui dépassent les simples contraintes économiques et la justification des moyens mis à disposition par la collectivité. L'évolution technologique de la médecine, l'exigence de sécurité et la complexité des organisations impliquent la mise en place d'outils pour une transparence accrue.

L'accréditation doit être considérée comme l'instrument qui doit inciter les institutions de soins à examiner à la fois leur fonctionnement (aspect organisationnel) et les prestations

fournies à leurs usagers (aspect clinique), de manière à constamment améliorer leurs performances ; l'évaluation sert à constater préalablement l'existant.

Bien qu'étroitement liées, accréditation et évaluation ne doivent pas être confondues.

1.2.2.2 les enjeux de l'évaluation

Les principaux enjeux de l'évaluation sont :

- maîtriser les dépenses de santé
- transformer les pratiques en construisant des mécanismes de coordination
- évaluer les besoins pour permettre aux réseaux d'y répondre et lorsque les besoins changent, adapter les réponses aux besoins.

1.2.3 Etat des lieux

Actuellement, aucune démarche d'accréditation n'a été impulsée au niveau des réseaux et filières de soins. On ne parle que d'évaluation.

oo O oo

L'usage du terme « réseau » faisant l'objet d'un consensus auprès de tous les professionnels, nous ne retiendrons que celui-ci sans faire de distinction entre réseaux et filières. En effet, terme à la mode (réseaux de communications, réseaux de transports...), le réseau entraîne une remise en cause de l'ensemble des professions qui ne peuvent y rester insensibles.

Que l'on parle de filières ou de réseaux, l'accréditation porte donc sur une évaluation d'un travail et d'un fonctionnement en coordination.

2 L'ACCREDITATION DES RESEAUX ET FILIERES, SEDUISANTE AU REGARD DE SES OBJECTIFS, EST SUBORDONNEE A LA REALISATION DE NOMBREUSES CONDITIONS FAVORABLES

2.1 Intérêts de la mise en place de l'accréditation des réseaux

Alors que le processus de l'accréditation des établissements ne fait que commencer, il est difficile de préjuger l'intérêt d'une accréditation des réseaux. Celui-ci est en effet indissociablement lié au succès que connaîtra l'organisation en réseaux.

L'hypothèse selon laquelle tous les acteurs de la santé, pouvoirs publics, tutelles, professionnels ou usagers, pourraient tirer profit de l'accréditation des réseaux mérite toutefois d'être envisagée.

2.1.1 Au plan national et régional : des enjeux de santé publique et de planification

2.1.1.1 au plan national : des enjeux de santé publique

L'accréditation des réseaux peut permettre à terme d'homogénéiser les pratiques organisationnelles et médicales. Cette homogénéisation s'entend davantage sous l'angle des processus que sous celui des résultats.

En effet, il est difficile d'extraire des réseaux des indicateurs fiables et consensuels de santé de la population. Tout d'abord, il convient de faire une distinction entre indicateurs intermédiaires et indicateurs finaux ; les premiers concernent des paramètres de suivi à court terme (comme l'hémoglobine glycosylée dans le cas du diabète) ; les seconds reflètent un effet à long terme, de type morbidité ou mortalité (par exemple les complications neuro-vasculaires et la mortalité précoce). Compte tenu de l'échelle sur laquelle le réseau opère (petit échantillon de population, mobilité des personnes, brièveté des durées d'observation), il ne peut modifier, de façon mesurable, les indicateurs finaux de santé (Groupe Image). En

revanche, les indicateurs intermédiaires, sous réserve d'une homogénéisation des objectifs et de leur évaluation, facilitée par l'accréditation, pourraient se prêter à des échanges d'informations entre réseaux et à des études comparatives.

A contrario, l'accréditation de réseaux dans leur dimension organisationnelle pourrait rapidement harmoniser les différentes modalités de fonctionnement possibles face à une pathologie. Les comparaisons doivent néanmoins être utilisées avec prudence dans la mesure où elles sont rendues difficiles du fait de l'évolutivité des références souhaitée par l'ANAES ainsi que de la grande hétérogénéité des réseaux (en termes de structure, de population couverte ou de contexte régional).

2.1.1.2 au plan régional : un enjeu de planification et d'aménagement du territoire

Cet enjeu intéresse essentiellement les tutelles chargées de l'organisation des soins au plan régional -ARH, DRASS- et aussi les Caisses de sécurité sociale.

Ces structures conçoivent en effet l'accréditation des réseaux de soins comme un moyen d'améliorer l'efficacité du système de santé à travers la question d'un financement adéquat. A ce stade, leurs intérêts se distinguent : alors que pour l'ARH l'accréditation des réseaux de soins servirait peut-être de justification à une répartition des enveloppes qui garantirait un aménagement du territoire harmonieux (via une offre de soins diversifiée, en établissements ou en réseaux), l'Assurance Maladie, que représentent les CRAM et les CPAM, vise un objectif de maîtrise des dépenses.

Au-delà des considérations financières, l'accréditation des réseaux de soins permet d'éviter ce que d'aucuns, à la DREES en particulier, nomment le syndrome du réverbère : l'écueil est de ne vérifier que l'existant, ce qui est véritablement mis en lumière, en se soustrayant à une réflexion plus globale sur les zones d'ombre, autrement dit, ce qui n'est pas fait. Accréditer les réseaux oblige à envisager une coordination entre eux, ce qui facilitera le repérage des zones d'inefficience sur lesquelles une action s'impose (prise en charge de telle ou telle population ou pathologie). Pour répondre à ce besoin, une personne interrogée imagine la création, à terme, d'un observatoire des réseaux travaillant en coopération avec les Observatoires Régionaux de Santé (Groupe Image).

Enfin, dans la mesure où l'accréditation des filières et réseaux de *soins* s'inscrit de façon croissante dans une logique d'accréditation des filières et réseaux de *santé*, l'intérêt

est aussi la fongibilité des enveloppes (sanitaire et sociale) pour une prise en charge globale du patient en vue d'atteindre un « *état complet de bien-être physique, mental et social* » (organisation mondiale de la santé, OMS).

2.1.2 Au plan local : des réseaux plus efficaces au service des usagers

2.1.2.1 le développement d'une nouvelle culture organisationnelle : le réseau accrédité

L'accréditation des réseaux permet l'amélioration de leur fonctionnement. L'efficacité est aujourd'hui une priorité affichée ; l'OMS, par exemple, retient dans ses analyses sur les systèmes de santé un critère essentiel, le meilleur emploi possible des ressources disponibles.

L'intérêt de l'accréditation se décline selon plusieurs axes:

- la publicité des résultats de l'accréditation,
- le partage et la libre circulation de l'information, sous réserve d'accès protégés, facilités dans un environnement où les procédures sont clairement définies et évaluées,
- selon certains de nos interlocuteurs, l'identification d'un responsable sur les plans administratif, civil et pénal. Il pourrait s'agir du coordonnateur pour la gestion et l'organisation du réseau, et des médecins appartenant au réseau concernant leurs pratiques médicales.
- une reconnaissance des professionnels du réseau par leurs pairs. Celle-ci impliquerait une remise en cause et une recherche continue d'amélioration de la qualité ; comme le précise P. Larcher de la direction générale de la santé : « *c'est un regard extérieur ou nouveau destiné à des professionnels trop impliqués dans le quotidien pour prendre du recul par rapport à leurs pratiques.* »

Outre ces intérêts, l'accréditation des réseaux s'inscrirait dans un développement global de l'accréditation. Après les établissements de soins, les établissements sanitaires et sociaux (projet de la grille MARTHE), la médecine ambulatoire (décret du 28 décembre 1999) et le projet d'extension à la médecine publique, sans parler des expériences étrangères en la matière (au Québec, Conseil canadien d'agrément des services de santé, ou aux Etats-Unis, le système de « credentialing » - qui représente une forme d'évaluation des pratiques médicales), les réseaux français constituent idéalement un champ futur pour l'accréditation.

2.1.2.2 l'usager acteur du système de santé

La notion d'accréditation pâtit encore d'un certain flou : les usagers y voient parfois, à tort, l'équivalent d'une certification garante d'une prestation zéro défaut. Pour l'heure, on doit convenir que l'accréditation est bien davantage un outil d'évaluation au service des professionnels de santé plutôt que destiné au public. L'ANAES ne concède d'ailleurs en son sein qu'une représentation très modeste des usagers. Pourtant, l'accréditation offre une plus grande lisibilité du système pour les usagers, pour lesquels la demande de soins s'éloigne de la relation de confiance entre patient et médecin et se charge d'une exigence d'objectivation.

Aujourd'hui, l'action des media, les évolutions législatives, réglementaires et jurisprudentielles, concourent à rendre progressivement l'usager acteur du système de santé. L'accréditation ne peut que renforcer cette révolution en douceur, dans la mesure où elle marquera une étape supplémentaire dans l'analyse de l'offre de soins et dans la publicité qui en sera faite. Déjà, la très large disponibilité de l'information sur Internet, dans le domaine de la santé, répercute ses effets sur l'usager qui devient plus exigeant en matière de transparence.

L'accréditation ne devrait pas manquer de porter un diagnostic sur la place du patient au cœur du réseau.

2.2 Des aménagements sont nécessaires pour surmonter les difficultés actuelles

Aussi bénéfique que l'accréditation des réseaux pourrait être, la réussite de sa mise en place n'est cependant pas acquise. En effet, la nouveauté de l'organisation en réseaux, comme de la démarche accréditive, imposent aux pouvoirs publics d'adopter une démarche pragmatique et incitative à la fois.

2.2.1 Les difficultés sont liées à la nature des réseaux et aux limites inhérentes à l'accréditation

Accréditer le travail en réseaux requiert la réunion de deux préalables : qu'il existe suffisamment de réseaux et qu'ils fonctionnent depuis suffisamment longtemps pour faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation (ou accréditation).

2.2.1.1 les réseaux de soins sont encore trop peu nombreux et récents

Plusieurs raisons expliquent cet état de fait.

- D'abord, la volonté politique de formaliser le travail en réseaux est récente.

Elle n'a été formellement légalisée que par les ordonnances du 24 avril 1996, même si des initiatives plus anciennes avaient été encouragées (expériences des réseaux ville-hôpital pour les patients atteints du SIDA, puis réseaux toxicomanie, alcool,...).

- Ensuite, le cadre réglementaire dans lequel doit s'insérer le travail en réseaux paraît à bien des égards lourd et complexe.

Le Code de la Santé Publique confère un caractère conventionnel au réseau : la convention constitutive du réseau doit être agréée par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation et peut prétendre à un financement de l'ARH si elle se conforme à un cahier des charges très strict défini par la circulaire 99-648 du 25 novembre 1999. Le Code de la Sécurité Sociale soumet les réseaux expérimentaux à une procédure nationale.

Le cadre institutionnel ne favorise donc pas le développement du travail en réseaux.

- Enfin, le travail en réseau contraint à un changement des pratiques.

Le développement des réseaux et filières de soins constitue une remise en cause radicale du rôle et des pratiques des acteurs du domaine sanitaire et social. L'hôpital doit opérer une véritable révolution de pensée, en ne s'inscrivant plus dans une logique traditionnellement verticale du système de soins, mais dorénavant horizontale. Les tutelles, hier inspecteurs et contrôleurs, aujourd'hui organisateurs et planificateurs, doivent devenir des facilitateurs de projet. La profession médicale, profondément diverse, voit encore de nombreux inconvénients à la coopération : celle-ci nécessite effectivement un travail accru, elle remet en cause l'indépendance de chaque praticien, peut parfois ralentir la décision et comporte souvent un jugement de sa propre activité. Très peu d'incitations, financières, médiatiques ou narcissiques favorisent le changement de comportements de tous ces acteurs : devant la complexité des cahiers des charges, l'absence de fongibilité des enveloppes et le peu de moyens financiers dégagés pour financer ces nouvelles structures, les réseaux ont du mal à se développer.

2.2.1.2 la définition d'un cadre externe d'évaluation du travail en réseau se heurte à de nombreux obstacles

Bien que les ordonnances du 24 avril 1996 prévoient l'accréditation des filières et des réseaux de soins, aucune filière ou réseau de soins n'a fait aujourd'hui l'objet d'une accréditation.

De plus, la procédure d'accréditation comporte certaines limites :

- elle est ponctuelle, bien que renouvelable. L'ANAES essaie maintenant de trouver des moyens de prolonger la dynamique issue de la préparation de la visite, à la fin de la démarche d'accréditation proprement dite.
- l'évaluation ne peut s'effectuer qu'à partir de référentiels préétablis : les réflexions de l'ANAES n'ont pas encore abouti à la publication d'un tel référentiel (publication des « Principes d'évaluation des réseaux de santé »).
- l'audit clinique mené par l'ANAES se réfère également trop souvent à une norme de pratique idéale, alors qu'il faudrait raisonner en termes de meilleure pratique atteignable.

- elle n'a d'effet que dans la mesure où elle associe les praticiens à l'évaluation, pour faire évoluer leurs pratiques : or, rien ne garantit que ceux-ci soient impliqués dans une véritable démarche qualité.
- enfin, l'efficacité de la procédure d'accréditation n'a jamais été formellement démontrée (E. Scrivens), ni comparée aux autres formes possibles d'amélioration de la qualité (les cercles de qualité mis en place aux Pays-Bas par exemple).

Au-delà des limites propres à l'accréditation, la structure spécifique du réseau rend également complexe une analyse en termes de coûts/résultats :

- certains aspects des réseaux sont difficiles à traduire par une mesure quantitative : l'évolutivité du réseau, gage de son efficacité et de sa pérennité, ne peut s'appréhender par une évaluation ponctuelle.
- ce type d'évaluation ne permet pas de tirer les enseignements pratiques des réussites ou des échecs des différentes expériences.
- l'échelle géographique, le temps dans lesquels s'inscrit l'action d'un réseau ne permettent pas de comparer un réseau par rapport à l'absence de réseau (hormis le cas de Lunel, qui n'est pas reproductible, compte tenu de la lourdeur de son protocole), un réseau par rapport à un autre, ou un réseau par rapport à un référentiel trop strict.

2.2.2 Les propositions

2.2.2.1 promouvoir le travail en réseau par des incitations microéconomiques

Si la littérature est aujourd'hui abondante sur le sujet des filières et des réseaux de soins, force est de constater que peu de réseaux fonctionnent réellement. Le Conseil Soubie se trouve, de l'aveu de tous, dans une impasse : le nombre de réseaux agréés par le Ministère ne dépasse pas cinq.

Deux raisons peuvent expliquer cet échec général : d'une part, les exigences en amont de la constitution d'un réseau sont trop importantes ; d'autre part, il n'existe guère de mécanismes incitatifs au travail en réseau (à l'exception du Fonds de modernisation des soins de ville, doté de 500 millions de francs).

Il ressort de nos différents entretiens que, préalablement à la mise en place d'une accréditation des réseaux et des filières de soins, il faut promouvoir énergiquement cette nouvelle forme d'organisation des soins : les propositions suivantes sont issues des différents entretiens :

- d'abord, tous s'accordent à reconnaître que la coopération ne se décrète pas. Imposer un système de coordination aboutit le plus souvent à tuer les initiatives locales. La mise en place du réseau périnatalité a ainsi détruit des formes de coopération entre divers centres hospitaliers, anciennes mais non formalisées. La création des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) risque d'aboutir au même résultat (selon le DDASS de la Mayenne), si les tutelles ne prennent pas garde à adapter les textes à l'existant.

↳ de manière plus générale, il est parfaitement possible d'imaginer des textes qui n'aient qu'une valeur subsidiaire : ils formaliseraient le travail en réseau, en laissant subsister les initiatives locales déjà instaurées.

- le développement des réseaux de soins ne peut être favorisé qu'en libérant les initiatives. Les procédures d'agrément a priori semblent aujourd'hui excessivement complexes ; le travail du Conseil Soubie n'a pas permis l'émergence d'une dynamique nouvelle. En effet, si est acceptée l'idée que le travail en réseau ne se décrète pas et que celui-ci constitue une modalité intéressante d'organisation du système de soins, alors il faut laisser aux acteurs de terrain la possibilité de s'organiser eux-mêmes (Président de Medcost).

↳ il est envisageable de remplacer un accord a priori (l'agrément ministériel après avis favorable du Conseil Soubie, ou agrément du directeur de l'ARH, suivant la nature des réseaux) par un contrôle a posteriori. L'expérimentation des filières et des réseaux de soins pourrait facilement se généraliser.

La constitution d'un réseau serait soumise à un enregistrement a priori qui prendrait la forme d'un agrément minimal (agrément pour une durée limitée d'une convention, définissant le projet médical, fixant les règles de coopération et désignant un responsable).

Le contrôle réel s'exercerait a posteriori : les patients seraient interrogés pour connaître leur degré de satisfaction ; la CNIL vérifierait que les dispositions

concernant la confidentialité des données personnelles sont respectées ; les pairs, que les bonnes pratiques cliniques sont appliquées ; les Chambres régionales des Comptes, que les fonds publics sont régulièrement dépensés; la tutelle, que les résultats en termes de santé publique sont à la hauteur des investissements réalisés.

- le travail en réseau est une nouvelle forme d'organisation du système de santé. La mise en place de ces nouvelles structures peut difficilement se faire sans un important investissement initial. L'économie attendue par les tutelles de l'organisation du système de soins en réseau ne peut qu'être le résultat d'une action à long terme (Groupe Image).

↳ la mise en place d'une coordination des acteurs, la construction d'un système d'information commun aux différents professionnels liés au réseau, la création d'indicateurs permettant d'évaluer l'action du réseau en interne sont des outils nécessaires au lancement du réseau et qui mobilisent d'importants moyens financiers et en personnel.

- par ailleurs, même si les freins au développement des réseaux sont supprimés, les professionnels de santé doivent avoir intérêt à privilégier cette nouvelle façon de travailler. Le mode de rémunération à l'acte empêche de repenser l'organisation du système de soins ; l'absence de fongibilité des enveloppes (hôpital, soins ambulatoires pour le versant sanitaire, et le versant social) ne permet pas de faire apparaître les gains d'une meilleure prise en charge des patients et d'en faire profiter les acteurs du réseau.

↳ pourquoi ne pas déléguer la responsabilité de gestion d'enveloppes fongibles à des réseaux, à charge pour eux de les répartir efficacement entre soins de ville et hospitalisation, et intéresser les différents partenaires aux économies réalisées ?

- de plus, la gestion des risques est insuffisamment prise en compte par les assureurs dans le système de soins français (caisses d'assurance maladie ou organismes d'assurance complémentaire). Les organismes d'assurance complémentaire ne sont généralement pas intéressés par le financement d'un réseau, s'ils n'ont pas la possibilité de gérer la prise en charge du patient dès le premier franc. La séparation pour

un même soin, de l'assureur de base et de la complémentaire, n'incite aucun des deux financeurs à rechercher véritablement une optimisation de l'utilisation des ressources et à devenir de véritables acheteurs de soins (Président de Medcost).

↳ pourquoi ne pas permettre à des organismes, de base ou complémentaires, de gérer l'ensemble des coûts d'un patient ou d'un groupe de patients ? Cela conduirait les financeurs du système de soins à développer une gestion des risques et à devenir de véritables acheteurs de soins.

- enfin, bien en amont de la mise en place des réseaux, un effort de formation doit être entrepris en direction des professionnels de santé. Le soin est certes une procédure de production complexe : il nécessite une spécialisation par approfondissement qui permet de parfaire une connaissance et une qualification. Mais, la spécialisation n'est profitable que si un lien quelconque rend complémentaires ces spécialités. La formation initiale des médecins répond à ce souci de spécialisation et d'approfondissement, par un savoir anatomo-clinique.

↳ il s'avère cependant indispensable d'introduire un enseignement clinico-organisationnel et d'établir un lien entre les spécialités, lien que peut assurer le réseau.

2.2.2.2 l'accréditation des réseaux n'est qu'un moyen d'évaluation parmi d'autres, néanmoins nécessaire pour les professionnels eux-mêmes

La procédure d'accréditation est une procédure d'évaluation externe, précédée d'une longue phase d'auto-évaluation effectuée par les acteurs eux-mêmes. Le manuel d'accréditation rédigé par l'ANAES est suffisamment évolutif pour pouvoir appréhender le travail en réseau, avec quelques adaptations : il s'applique déjà, en l'état actuel, aux réseaux d'hospitalisation à domicile (ANAES), qui feront l'objet d'une évaluation lorsque la question de la visite à domicile sera résolue.

Ils permettraient de vérifier les processus internes qui animent un réseau. Le principal intérêt de l'accréditation réside toutefois dans la phase d'auto-évaluation : en effet, les professionnels insérés dans le réseau sont alors obligés de faire le point sur leur activité et de mettre à plat le dispositif construit au fil du temps. L'ANAES peut alors servir de centre de

ressources et aider à la mise au point d'indicateurs répondant aux attentes (indicateur de moyen pour refléter les moyens mobilisés par l'action ; indicateur de processus pour refléter la qualité des processus organisationnels mis en œuvre ; indicateurs de résultats intermédiaires ou finaux pour refléter l'efficacité, l'efficience et l'impact de l'action d'un réseau).

L'accréditation n'est profitable que si elle associe les acteurs à cette procédure.

Peut-on, dans un second temps, lier l'accréditation des réseaux de soins au financement de ces structures ? La mise en place d'une procédure d'évaluation lors de la création d'un réseau est, depuis la circulaire 99-648 du 25 novembre 1999, une obligation pour prétendre au financement de l'Etat. Pourtant, la procédure d'accréditation ne semble pas adéquate pour décider du maintien ou de la suppression des moyens de financement d'un réseau pour les raisons suivantes :

- d'abord, la nature de l'évaluation, et par conséquent son contenu, diffère selon le but poursuivi : elle peut être formative, pour permettre aux acteurs du réseau d'améliorer l'action en cours à partir des informations fournies, ou sommative lorsque son but est de déterminer les effets d'une action, afin de décider de la maintenir, de la transformer ou de la supprimer.
- ensuite, l'accréditation vise avant tout à promouvoir une démarche d'amélioration de la qualité reposant essentiellement sur l'analyse des processus. Pour être efficace et pour susciter l'adhésion des professionnels soumis à l'évaluation, cette procédure doit être effectuée par un organisme indépendant du financeur du réseau, qui raisonne davantage en termes de résultats.
- cependant, le rapport d'accréditation peut servir d'élément d'appréciation pour le financeur, en ce qu'il permet de faire le point sur l'implication des acteurs du réseau dans l'amélioration de leur propre structure.

L'accréditation doit-elle aussi évaluer les pratiques professionnelles des membres participant aux réseaux et évaluer les résultats du réseau ? Cette question divise nettement les interlocuteurs que nous avons rencontrés. En effet, un tel cadre présenterait l'avantage de regrouper toutes les formes d'évaluation autour de l'accréditation ; il se traduirait par la mise en place d'un nombre limité d'indicateurs simples et pertinents (Président de Medcost). La perspective d'évaluation des pratiques existe déjà, selon l'ANAES, dans le cas où le réseau repose sur des individus entretenant des liens organisationnels tenus. Mais, elle

risque également de soumettre les professionnels de santé à une analyse en termes de résultats, alors qu'ils ne sont soumis qu'à une obligation de moyens : d'ailleurs, la construction d'indicateurs de résultats est souvent l'objet de polémiques virulentes. Enfin, la question du statut de l'ANAES peut poser problème : en tant qu'établissement public administratif, certains professionnels ne reconnaissent pas à cette institution une indépendance suffisante pour développer davantage ses compétences.

L'accréditation est donc une tâche qui incombe à l'ANAES : elle évalue d'abord des moyens, des processus et des procédures, et les résultats de ceux-ci.

Toutefois, l'évaluation, indépendamment de l'accréditation, est l'affaire de tous (INSERM), et notamment de la tutelle ou/et du financeur. En effet, il est possible d'évaluer des procédures et des résultats (sous réserve d'avoir fixé des objectifs individuels – satisfaction des usagers- et collectifs –résultats en termes de santé publique) ; il est également possible de s'assurer du respect du cahier des charges et de la convention constitutifs du réseau.

Dans un tel cadre, l'évaluation effectuée par la tutelle et le financeur répond à plusieurs objectifs : d'une part, la tutelle s'assure de l'adéquation de cette nouvelle forme d'offre de soins par rapport à la demande ; d'autre part, le financeur s'assure de l'optimisation des ressources allouées au fonctionnement du réseau. Dès lors, cette évaluation pourrait parfaitement se clore par la reconnaissance d'un label aux réseaux répondant aux exigences des évaluateurs. Cette labellisation du réseau aurait l'avantage d'offrir à l'utilisateur du système de santé une lisibilité dans le système de soins.

CONCLUSION

Finalement, engager les filières et réseaux de soins dans une démarche d'accréditation paraît à bien des égards prématuré.

En effet, peu de réseaux ont, pour l'instant, une expérience suffisante pour procéder à une telle évaluation : la plupart des réseaux recensés ne sont pas opérationnels. Enfin, l'intérêt de l'accréditation n'est réel que si celle-ci est menée à grande échelle : il faut donc d'abord promouvoir le travail coordonné par des mesures véritablement incitatives.

Par ailleurs, la procédure d'accréditation n'a pas fait l'objet d'une réappropriation par les acteurs de terrain. Durant nos entretiens, les confusions entre accréditation, évaluation et agrément ont été fréquentes. Ensuite, l'accréditation suscite des appréhensions : à terme, le financement des réseaux ne dépendra-t-il pas des conclusions des rapporteurs de l'ANAES ? Enfin, l'accréditation devra sans doute s'adapter à cette nouvelle forme de travail pour ne pas entraver les innovations en imposant un cadre trop strict.

Cependant, les intérêts de l'accréditation des réseaux sont à terme multiples : celle-ci devrait permettre d'affiner certaines données de santé publique et pourrait mettre en lumière les processus qui concourent à la qualité des soins. Ces informations rendraient possible l'extension de la prise en charge des personnes par les réseaux : d'abord fondés sur des pathologies traceuses, ils pourraient évoluer in fine vers de réels réseaux de santé.

BIBLIOGRAPHIE

DOSSIER DOCUMENTAIRE REMIS PAR LES ANIMATEURS

Ouvrages :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (service évaluation économique, service évaluation en secteur libéral, service évaluation en établissements de santé), *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, août 1999.

BOURGUEIL, GRIGNON, MIDY, DEVELAY, MINO, NAIDITCH, POLTON, *Réseaux de soins et évaluation : proposition d'un cadre de référence commun pour l'évaluation des expérimentations «réseaux et filières»* (1^{er} Colloque international des Economistes français de la Santé : l'état de la réforme), 1999.

CHICOYE, BIOT, EL JABRI, REYNAUD, *Evaluation interne et externe du réseau P.A.R.A.D : réseau de soins pour la prise en charge des patients en difficultés avec l'alcool*, (1^{er} Colloque international des Economistes français de la Santé : l'état de la réforme), 1999.

Textes :

Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux (extraits).

Revue et articles de presse :

«Dominique Gillot : la notion de réseaux ville-hôpital est désormais clarifiée», *Le Quotidien du médecin*, 16 mars 2000.

«L'explicitation des concepts de filières et réseaux et leur application au champ social et au champ de la santé mentale», *Technologie Santé* n°38, septembre 1999.

«Filières et réseaux de soins passent l'examen», Pierre-Yves POINDRON, *Espace Social Européen*, 6-12 février 1998.

DOSSIER DOCUMENTAIRE CONSTITUÉ PAR LE GROUPE

Ouvrages :

REIS MIRANDA, RYAN, SCHAUFELI, FIDLER, *Organization and management in intensive care in 12 European countries*, D, éd. : Springer, Berlin Heidelberg, 1998.

DURIEUX, *Evaluation, qualité, sécurité dans le domaine de la santé, guide des principaux termes*, Flammarion, collection Médecine-Sciences, 1997.

WALTER, *L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé*, Masson, collection Encadrer à l'hôpital, 2000.

Revue, articles et rapports

«Filières et réseaux de soins : les raisons de la panne», P. BEAU, *Espace social européen*, 24-30 mars 2000.

«L'hospitalisation à domicile», Journée du 2 décembre 1999 organisée par la Fédération Nationale des Etablissements Hospitaliers à Domicile, ANAES, Département Etudes et Développement, 18 janvier 2000.

«Réseaux de soins : le comité Soubie approuve deux nouveaux projets d'expérimentation», *Le Quotidien du médecin* n°6613, lundi 20 décembre 1999.

«Evaluation du programme expérimental de prévention et de coordination gériatrique dans le bassin de vie de Lunel». Résultat des enquêtes, ORS Languedoc-Roussillon, INSERM, Montpellier, février 1999.

«Les quatre piliers d'un réseau de santé», LE GOFF C., CHASSANG M., *Le médecin de France*, n°896 (1999).

«Réseaux de santé et filières de soins : Dossier», *ADSP* (actualité et dossier en santé publique) n°24, septembre 1998.

«Les dernières orientations du programme canadien d'agrément», DELANOË N. *Revue hospitalière de France* n°3, mai-juin 1998.

«Widening the scope of accreditation – issues and challenges in community and primary care», E. SCRIVENS, *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, volume 10, Number 3.

«Organisational sources of safety and danger : sociological contributions to the study of adverse events», E. WEST, *Quality in Health Care* 2000 ; 9.

«Repères pour l'évaluation des réseaux de soins», P. LOMBRAIL, Y. BOURGUEIL, A. DEVELAY, J.-C. MINO, M. NAIDITCH, *Santé Publique* 2000, volume 12, n° 2.

SITES INTERNET

www.cnr.asso.fr

www.anaes.fr

www.sante.gouv.fr

www.medcost.fr

ANNEXES

- Méthodologie du groupe
- Grille d'entretien
- Liste des interlocuteurs
- Circulaire 99-648 du 25 novembre 1999

MÉTHODOLOGIE DU GROUPE

Le groupe se composait des futurs professionnels suivants : un médecin inspecteur de santé publique, une infirmière générale, deux directrices d'établissement social et médico-social, deux inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et trois directeurs d'hôpital.

PREMIÈRE ÉTAPE : LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE :

Dès le commencement du séminaire, un dossier documentaire a été remis par les animateurs du groupe : il présentait les principales réflexions portant sur l'accréditation des filières et des réseaux de soins. Mais, en préalable, il a semblé intéressant au groupe d'approfondir la notion d'accréditation ainsi que celles de filière et de réseau, sur lesquelles il n'existe pas de consensus.

Tous les documents, issus des recherches personnelles de chacun et ayant un intérêt pour la réflexion, ont été diffusés à l'ensemble du groupe : ainsi, nous disposons tous des mêmes bases bibliographiques et donc des mêmes outils de connaissances. De plus, quelques personnes ayant travaillé, avant l'organisation du module, sur les notions de filières et de réseaux ont pu faire profiter les autres membres du groupe de leurs connaissances et de leurs expériences.

Ces lectures nous ont permis, accompagnées de la mise en perspective du sujet par les deux animateurs (Laurent Chambaud et Dr. Franck Le Duff), de dégager les enjeux essentiels de l'accréditation des filières et des réseaux de soins. Lors des différentes réunions, nous avons pu progressivement délimiter le sujet, en relever les difficultés et dégager une problématique. Enfin, au cours de la deuxième semaine, nous avons pu établir une première ébauche de plan.

DEUXIÈME ÉTAPE : LES ENTRETIENS :

A partir de nos lectures constituées par les recherches bibliographiques et des premiers éléments de réflexion, il nous a fallu très rapidement esquisser une grille d'entretien. Cette grille semi-directive a permis, lors de chaque entretien, de guider efficacement les personnes rencontrées et, lors du dépouillement, de faciliter l'exploitation de leurs interventions.

Le choix de nos interlocuteurs s'est rapidement imposé : en effet, le groupe a éprouvé le besoin de contacter le maximum de personnes impliquées dans le travail en réseaux. Par ailleurs, au-delà des acteurs de terrain, il nous semblait important de prendre contact avec des chercheurs particulièrement intéressés par ce sujet. La distinction entre

chercheurs et acteurs est d'ailleurs tenue en ce domaine, dans la mesure où l'évaluation des réseaux et la formalisation de celle-ci sont concomitantes. Enfin, il nous apparaissait inévitable de connaître le point de vue de l'organisme accréditeur, l'ANAES (voir liste des entretiens en annexe).

Les entretiens ont eu lieu à Rennes et à Paris, essentiellement pendant la deuxième semaine du module. Les entretiens se sont toujours déroulés au minimum à deux, pour pouvoir profiter pleinement des interventions des personnes contactées (répartition des rôles : l'un guide l'entretien à travers la grille préétablie, l'autre note les réponses obtenues, sans que ces rôles soient exclusifs l'un de l'autre).

Chaque entretien a donné lieu à un compte-rendu oral entre les membres du groupe et à un écrit diffusé à tous. Grâce aux lectures et au dépouillement de ces entretiens, il nous a été possible d'enrichir notre réflexion, et d'arrêter notre plan.

TROISIÈME ÉTAPE : LA RÉDACTION :

Le travail de rédaction proprement dit a débuté au milieu de la troisième semaine du module, après la répartition en sous groupes des différentes parties à rédiger. Celles-ci ont fait l'objet d'une relecture collective, suscitant des observations, des débats et entraînant un certain nombre de modifications.

Un premier document a été transmis à nos animateurs, qui ont apporté un regard extérieur sur le mémoire. Leurs remarques, prises en compte, ont permis la finalisation de notre travail.

GRILLE D'ENTRETIEN

En formation à l'E.N.S.P, dans le cadre du séminaire interprofessionnel, les filières EDH, D3S, IG, MISP, IASS sont amenées à travailler ensemble sur un thème de réflexion. Nous avons choisi de réaliser un mémoire sur l'accréditation des filières et réseaux de soins. A cette fin, nous rencontrons des acteurs impliqués dans cette dynamique.

Objectif principal :

La problématique que nous posons est la suivante : le mécanisme de l'accréditation, tel qu'il existe, est-il capable de prendre en compte et de valider le travail en réseau ?

Objectifs secondaires :

↳ Le cadre réglementaire parle de filière et de réseau, y a-t-il pour vous une distinction entre les deux ?

↳ Qu'est-ce peut apporter pour vous le travail en réseau (pour les professionnels, les usagers) et quelles difficultés voyez-vous à la mise en place d'un réseau ?

* avant la mise en place : réflexion, besoins des usagers, projet, financement, accords nécessaires

* mise en place

* fonctionnement avec, entre autre, la coordination des différents acteurs

*évaluation : satisfaction des usagers, inconvénients et avantages

↳ Evaluation - Accréditation :

- Evaluation : le cadre réglementaire parle d'évaluation et d'accréditation, y a-t-il pour vous une distinction entre ces deux termes ?

- * par qui (interne, externe)
- * avec quels indicateurs
- * avec quels objectifs
- * comment

- Accréditation : peut - elle être appliquée au réseau ? sous quelle forme ? La voyez vous comme un frein ou un moteur ?

- * par quel organisme
- * avec quels indicateurs
- * avec quels objectifs
- * comment

LISTE DES INTERLOCUTEURS

▪ **Docteur ALEXANDRE**

Président de Medcost (société de services en ingénierie informatique)

▪ **Docteur BAUBEAU**

Chargée de mission auprès du sous-directeur de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère de l'emploi, de la solidarité

▪ **Monsieur BAZIN**

Directeur de l'équipement et de la tarification des établissements médico-sociaux du Conseil général de l'Ille et Vilaine.
Chargé de la coordination gériatrique.

▪ **Madame BINST**

Responsable AGF des filières de soins

▪ **Docteur BOYER**

Médecin chef des urgences au Centre Hospitalier de Laval

▪ **Docteur BRUNEAU**

Chef de projet – Département études et développement – Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)

▪ **Monsieur COLVEZ**

Médecin chercheur à l'INSERM (Réseau gérontologique de Lunel)

▪ **Docteur DEVELAY**

Chercheur au groupe Image (ENSP Paris)

▪ **Monsieur LECOURT**

Psychologue, clinicien analytique

Chargé des réseaux à Médipsy (filiale de la Générale Santé)

▪ **Monsieur LORSON**

Directeur de l'Hôpital local de Houdan (78)

Initiateur de la mise en place d'un réseau des urgences

▪ **Madame PLENEVAUX**

Représentante de la coordination nationale des réseaux

Coordinatrice du réseau ville-hôpital SIDA de Rennes

▪ **Docteur RIOU**

Médecin de santé publique au CHU de Rennes

Maître de conférence à la faculté de médecine

Dernière mise à jour: 02.06.2000

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION DES HÔPITAUX

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Délégation interministérielle

au revenu minimum d'insertion

LA MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

LA SECRÉTAIRE D'ETAT À LA SANTÉ ET A L'ACTION SOCIALE

CIRCULAIRE DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI N° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

Date d'application : immédiate

Résumé : Cette circulaire a deux objets :

1. Elle fait le point sur les réseaux de soins actuellement en exercice en France : réseaux inter-établissements, réseaux thématiques purs, réseaux évoluant vers des réseaux de santé de proximité, et définit les règles et outils indispensables à leur développement.
2. A partir de 2000, un seul cahier des charges servira à instruire les dossiers de tous les réseaux de santé de proximité candidats à un financement de l'Etat. Ces réseaux seront astreints à une auto-évaluation accompagnée et à une évaluation externe.

Mots-clés : organisation des soins, réseaux de soins, cahier des charges, évaluation

Textes de références :

- 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)
- Article 73 de la Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Articles 22 et 25 de la Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale 1999
- 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
- Décrets n° 98-899 et n°98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements de santé publics et privés

pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale

- Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention aux soins et modifiant le code de la santé publique
- 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, suite de la circulaire n° 93-72 du 9 novembre 1993 .
- Circulaires DGS n° 74bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1^{er} 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 et à 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 communales 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 oncologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.
- Circulaire DH/EO du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas d'organisation sanitaire
- Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité
- Circulaire DGS/DH n° 99-264 du 4 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, non insulino-dépendant.
- Circulaire DGS/DH n° 99-299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C

Les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur le territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Ils organisent 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.

La mise en œuvre des objectifs ci-dessus peut être effectuée par le recours à diverses procédures :

- application de l'article L. 712.3.2 du code de la santé publique, passant par une convention arrêtée e personnes morales ou physiques intéressées, soumise à l'agrément de l'agence régionale de l'hospitalisation ;
- recours à des crédits d'Etat en application des diverses circulaires qui en ouvrent la possibilité d'approche par pathologie, technique ou population ;
- recours à des subventions d'origines diverses en prenant un statut associatif ;
- appui direct d'une institution mettant à disposition locaux et matériel, voire personnel.
- Par ailleurs, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale, certains peuvent éventuellement envisager avec la caisse locale d'assurance maladie une convention prévoyant dans un cadre expérimental certaines dérogations pour assurer un financement mieux adapté à leur action, ainsi que les modalités d'évaluation médico-économique. Leur projet, assorti de cette convention, sera alors soumis à l'avis du directeur d'orientation des filières et réseaux, puis à l'agrément des Ministres chargés de la santé et de la sécurité avant que l'expérimentation ne puisse commencer.

La majorité des réseaux de soins existants ne participeront pas à ces expérimentations, au moins dans un premier temps. Ils doivent pourtant être soutenus dans leur démarche, quel qu'en soit le stade, dès l'instant où ils répondent à un cahier des charges (cf annexe 1) définissant précisément leurs objectifs, prévoyant une évaluation périodique de leurs résultats et visant à une amélioration de l'organisation des soins.

- Enfin, en application de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale 1999, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent recourir, pour les activités non rémunérées par le paiement à l'acte de leur exercice en réseau, au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville dont les modalités de déconcentration, de fonction de gestion et d'attribution sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat.

Il pourrait vous apparaître, notamment dans le cadre des priorités définies par la Conférence Nationale de Santé, que la palette d'offre de soins de votre département pourrait être complétée par un réseau de soins qu'il vous appartiendrait de susciter. Les règles en matière de modalités peuvent en être un peu différentes (cf annexe 3 : la nouvelle génération des réseaux)

L'objet de cette circulaire est de rappeler, quel que soit leur objet, les grandes règles aux réseaux doivent se conformer (I) et les évolutions vers lesquelles ils doivent tendre (II) précise également, pour les seuls réseaux relevant d'un financement de l'Etat, les modalités auxquelles vous procéderez à l'examen de leurs demandes de financement (III).

Pour cette année, il vous appartient de poursuivre l'appui financier aux réseaux existants dans les modalités antérieures : les évolutions réglementaires engagées ne doivent pas mettre en péril les réseaux qu'elles visent à développer.

I. Les grandes règles de fonctionnement des réseaux enseignées par l'expérience

Les instructions qui suivent résultent directement de l'analyse des pratiques actuelles, pour éviter aux réseaux de se heurter à des difficultés comparables à celles qu'on peut connaître un certain nombre d'entre eux par le passé. Elles sont appelées à évoluer ou être complétées, notamment sur le plan économique, dans les perspectives nouvelles ouvertes dans le champ conventionnel ou hors de celui-ci par la loi de financement de la sécurité sociale 1999.

La mise en réseaux de professionnels de la santé entre eux et avec des professionnels du secteur impose que soient clarifiées les positions des uns et des autres dans trois domaines :

- la(les) pathologie(s) que l'on veut prendre en charge ;
- les patients que l'on veut aider ;

- les acteurs que l'on veut motiver pour ce faire.

Dans chacun de ces domaines, vous serez en droit d'attendre que soient assurées certaines fonctions et définies des règles de qualité :

1. les pathologies, dépendances et autres problèmes de santé

Posant aux praticiens des interrogations complexes qui justifient la création d'un réseau, les problèmes doivent faire l'objet de la recherche et de l'écriture de règles scientifiquement fondées (règles de bonne clinique, conférences de consensus^{1/4} proposées par les sociétés savantes nationales et internationales ou l' :

- de diagnostic et de bilan initial ;
- de stratégies thérapeutiques (médicamenteuses ou non) ;

ainsi que de protocoles de prise en charge et d'accompagnement social.

2. les patients (clients, usagers, citoyens^{1/4})

- La visibilité du point d'accès au réseau doit leur être assurée, qu'il s'agisse de l'un quelconque des accès au réseau ou d'un point de régulation spécifique. Toute personne concernée doit être mise au courant de la situation en réseau qui lui est proposée et des choix qu'elle peut faire dans l'aire géographique où elle vit.
- Le dossier patient doit être réalisé en conformité avec un modèle existant ou faire l'objet d'un modèle spécifique aux objectifs bien définis. Dans les deux cas, il doit respecter, dans sa composition et son utilisation, les règles énoncées dans le code de déontologie médicale ainsi que celles qui résultent de la loi sur l'informatique et les libertés. Il doit être mis à jour régulièrement.
- Des informations écrites contribuant à l'éducation du patient doivent être diffusées par le réseau, en plus de l'information orale adaptée, notamment aux populations dont la culture relève plus de la parole et de l'écrit que de l'écrit.

3. les acteurs (professionnels de terrain ou d'institutions)

L'expérience montre que ne s'installent dans la durée et ne se développent que les réseaux qui ont organisé leur action autour de deux fonctions principales, la coordination et l'animation-formation des professionnels. La capacité d'évolution dépend quant à elle du développement d'une troisième fonction essentielle d'évaluation.

1. Coordination

La fonction de coordination est essentielle dans un réseau. Elle évolue avec sa croissance et ses obligations de régulation et médiation pour les patients et leur entourage (orientation vers le bon professionnel ou le bon service, coordination des professionnels dans leurs pratiques et leurs formations, réflexion stratégique vis-à-vis de l'environnement (public et institutions).

La coordination intéresse aussi bien les divers services concernés d'un ou plusieurs établissements hôpitaux que les professionnels médicaux, para-médicaux, sociaux ou autres qui sont extérieurs à des établissements.

Cette fonction qui prend du temps n'est pas rémunérée par le paiement à l'acte. Pour ces deux raisons, elle est financée avec l'assurance-maladie des postes de coordinateurs dans les réseaux tels que ceux prenant en charge les infections virales chroniques (VIH, VHC) et les pratiques addictives.

Il vous faudra juger du temps/homme nécessaire pour que cette fonction essentielle de coordination soit optimale, ce qui en conditionnera le financement. Le ou les responsables de cette coordination doivent être clairement identifiés.

2. Animation et formation des professionnels

Les professionnels d'horizons divers qui participent au réseau doivent se connaître, se rencontrer régulièrement et mettre au point ensemble leurs procédures de communication, qu'ils utilisent ou non l'outil informatique.

Cet aspect, ainsi que l'amélioration des pratiques et de l'organisation de la " trajectoire " du patient, conduire tout réseau à écrire une charte des droits et devoirs de ses membres, que vous serez en droit de veiller particulièrement, quand le problème se pose, à ce que tous les réseaux ayant une composition prévoient dans leur charte l'obligation pour tous les professionnels de santé de se former à la lutte contre la douleur, en conformité avec l'article 37 du code de déontologie médicale.

L'amélioration constante de la qualité des pratiques passe par l'organisation de formations complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques relatives aux pathologies concernées, mais aussi transprofessionnelles pour répondre aux nécessités du travail en réseau. Le souci de l'amélioration des prestations fournies, comme leur adéquation aux besoins, doit être constant, et il vous appartiendra de vous assurer de la qualité des formations comme de leur opportunité.

Le ou les responsables de ces formations doivent être clairement identifiés.

3. Suivi et évaluation

La phase d'analyse des besoins de la population dans une aire géographique donnée est l'étape d'initiation du réseau. L'analyse ultérieure des pratiques et des résultats du réseau est tout aussi indispensable. Une évaluation interne par suivi régulier, à l'aide d'indicateurs appropriés, précis et prédéterminés, permet à un réseau de mesurer le recul par rapport à son action, d'éviter certains écueils, et de gagner du temps dans son évolution. C'est la plus efficace pour accélérer l'évolution du réseau et en confirmer l'utilité et l'efficacité.

Par ailleurs, une évaluation externe des moyens mis en œuvre et des résultats atteints (en particulier d'efficacité sanitaire, de satisfaction des patients et d'efficacité économique) est périodiquement nécessaire, par rapport à un nombre limité de critères proposés par le réseau et acceptés par l'Administration.

Cette démarche d'évaluation sera maintenant exigée de tout réseau candidat à un financement de l'État.

Le ou les responsables du suivi de l'évolution du réseau et de l'évaluation de ses résultats doivent être clairement identifiés.

La mise en œuvre de telles évaluations demandera qu'une méthode en soit diffusée. La Direction de la Santé la mettra au point et la diffusera sous forme d'un guide de suivi et d'évaluation de réseaux. D'autre part, l'appel à des spécialistes de l'évaluation de telles actions de terrain sera indispensable. Ils aideront les équipes à mettre au point les modalités de suivi, et à être en mesure d'assumer les évaluations externes.

En référence à la typologie pratique des réseaux développée en annexe 2, l'ensemble de ces recommandations concerne essentiellement les réseaux thématiques purs (réseaux VIH, réseaux cancers) ou les réseaux de proximité (prise en charge globale d'une population.).

II. L'évolution vers un réseau de santé

Lorsqu'un réseau commence à évoluer vers un réseau de santé de proximité, il vous appartient de vous assurer de sa progression comme suit :

1. Passage de réseaux centrés sur les professionnels vers des réseaux centrés sur le patient

Dans un premier temps, il est logique que les professionnels constituant le réseau se mobilisent et s'organisent entre eux et avec les structures participant au réseau. La place centrale que doit occuper le patient ne doit néanmoins être une préoccupation constante, même s'il faut un minimum de temps pour y parvenir.

Il vous appartiendra d'encourager cette évolution.

2. Passage de réseaux par pathologie vers des réseaux polyvalents de proximité

La modification des pratiques induite par le fonctionnement en réseau met à la disposition des professionnels impliqués ensemble dans la lutte contre une pathologie des outils utilisables pour d'autres pathologies : u gériatrique peut prendre en charge des cancéreux, un réseau suivant des malades atteints de sida en fin de vie doit se rapprocher de réseaux de lutte contre la douleur, un réseau en charge de patients infectés par le VIH doit suivre un patient infecté par le VHC.

Il vous appartiendra d'encourager la tendance spontanée des réseaux à utiliser leur organisation pour en charge un nombre croissant de problèmes de la population qui les entoure, quand ils nécessitent, dans l'intervention successive de plusieurs professionnels de santé, établissements de soins, professionnels de social en particulier.

3. Passage des soins vers la prévention, puis vers des actions de santé publique

Généralement créé avec un objectif défini de prise en charge thérapeutique, le réseau, dès lors qu'il a atteint cet objectif, peut s'orienter vers d'autres améliorations. La prévention apparaît alors comme un complément naturel à l'action du réseau. Lors de l'étape suivante, les préoccupations centrées sur l'individu s'élargissent à l'ensemble des sujets présentant les mêmes risques dans la communauté, et ce sont de véritables actions de santé publique (information, formation, communication, écoute) que le réseau peut proposer à ses interlocuteurs. Cette évolution ne peut être imposée. Les professionnels doivent disposer de temps pour s'y préparer.

III. Instruction des demandes de financement des réseaux par des crédits de l'Etat et modalités de mise en œuvre

L'application de ces nouvelles modalités d'appréciation permettra aux réseaux de soins existants de développer et de les guider vers une démarche de qualité, en simplifiant et en standardisant leurs tâches de gestion.

Les services déconcentrés doivent éviter qu'à cet objectif de qualité, ne se substituent d'autres motifs que la crainte d'une concurrence, la recherche d'une exclusivité dans l'offre de soins ou la sollicitation auprès de tous les organismes possibles (Etat, assurance maladie, collectivités territoriales, mécénat privé...) pour financer les mêmes fonctions.

Les financements devront être adaptés aux objectifs des réseaux et éviter de reposer sur un seul financement. Ils devront surtout être le témoignage de la confiance de l'Etat dans la qualité de la démarche suivie afin de soutenir le réseau dans sa recherche de financements complémentaires auprès, notamment, des collectivités territoriales et des caisses d'assurance maladie.

Ce soutien de l'Etat, qui évoluera dans l'avenir, devrait permettre en quelques années à un grand nombre de réseaux d'atteindre une solidité et une stabilité nécessaires pour prétendre à d'autres modes de financement de leur action qui seront ouverts par voie législative et réglementaire.

L'examen des projets

1. Vous informerez les réseaux de la nouvelle procédure et leur adresserez la liste des grands thèmes et méthodes qu'ils auront à développer dans leur projet 2000 (modèle en annexe 1bis).
2. Pour l'instruction de ces dossiers, vous rencontrerez ensuite les équipes dirigeantes de chaque réseau particulier ou les responsables de la méthodologie, du dossier patients, de la coordination, de la formation et de l'évaluation.
3. Si besoin est, vous provoquerez des réunions de concertation entre réseaux géographiquement proches prenant en charge des populations ou des pathologies voisines.

Vous voudrez bien saisir mes services des éventuelles difficultés liées à l'application de la présente circulaire.

LA MINISTRE DE L'EMPLOI

LA SECRÉTAIRE D'ÉTAT A LA SANTÉ

ET DE LA SOLIDARITE

ET A L'ACTION SOCIALE

Martine AUBRY

Dominique GILLOT

CAHIER DES CHARGES DES RÉSEAUX

POUVANT PRÉTENDRE À UN FINANCEMENT DE L'ÉTAT

En 2000, vous serez amenés à instruire de la même manière les demandes de financement émanant de réseaux de soins ou de santé, qu'il s'agisse de réseaux par pathologie (infection à VIH, hépatite C, cancer, pathologies psychiatriques...) ou par population à risque (pratiques addictives, personnes âgées, per en situation de précarité ou de pauvreté...).

C'est l'inscription dans une démarche qu'il conviendra d'identifier, puis d'encourager de façon dynamique de l'instruction du dossier, sans omettre l'analyse de résultats tangibles que devront donner les réseaux depuis trois ans et plus.

La première colonne propose les spécifications, qui ne s'imposent pas toutes simultanément, mais per de situer le stade de développement du réseau, et le minimum de garanties qu'il se donne pour r efficacement à ses objectifs. La seconde colonne correspond davantage à des questions, de préférence o qui permettent à l'instructeur de situer le réseau dans son histoire et par rapport à son environnement.

L'ensemble doit permettre à l'instructeur de se faire une idée précise, non pas seulement de mo personnel ou matériel, mais de ce qu'est le réseau par rapport à la population, par rapport aux professionn sont impliqués, par rapport aux institutions qui l'entourent, et de son évolution dans ce cadre. Le bu questionnement est aussi de faciliter l'évolution du réseau en l'amenant à se positionner par rapport aux principes qui sont énoncés dans la présente circulaire.

Ce que doit obligatoirement comporter un réseau	Quelles questions pour l'instructeur de la DDASS ?
1. Un statut juridique	1. Identité du demandeur et statut juridique actuel (informel, appuyé sur une institution relais, association, 1901, G.I.P...)
2. Des objectifs communs à ses membres <ul style="list-style-type: none"> - Concourir à une prise en charge globale des personnes - Attirer les prises en charge médicales, sociales, voire psychologiques - Améliorer l'efficacité de ces prises en charge et la prévention des situations à risque - Améliorer la qualité de ces prises en charge par les intervenants, en s'appuyant sur quelques 	2. Questions sur la gestion du réseau <ul style="list-style-type: none"> • Quand l'idée du réseau est-elle née ? • Quel(s) professionnel(s) (ont) traite la demande ? • Pour répondre à quel problème ? • Quel est l'objectif du réseau, à l'origine ? • Quelle a été la méthode mise en oeuvre pour créer le réseau ? (bouche-à-oreille, formation, conférences, négociation... ?) • Un an plus tard, le réseau existait-il ? Son objectif

indicateurs de résultats soigneusement choisis	avait-il échoué ? Si oui, vers quoi ? • Actuellement, quels sont les objectifs du réseau ? • Quels indicateurs de résultats ?
--	---

Ce que doit obligatoirement comporter un réseau	Quelles questions pour l'instructeur de la DDASS ?
3. Champ du réseau <ul style="list-style-type: none"> - Un seul thème fédérateur, plusieurs applications possibles - Territoire géographique fonction des moyens que le réseau s'est donnés pour communiquer (maximum actuel : un département entier, après sept ans d'évolution) - Analyser la concurrence éventuelle entre réseaux voisins, travaillant dans le même champ, et ses conséquences favorables ou défavorables sur la qualité des soins 	3. Champ du réseau <ul style="list-style-type: none"> • Couvre-t-il un type de pathologies ou une population pour lesquels il existe un besoin ? • Quel est son champ géographique ? • Y a-t-il d'autres réseaux dans la même zone ? <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, ont-ils des relations les uns avec les autres ? - Y a-t-il mise en commun de moyens ? - Sinon, le réseau est-il en relation avec d'autres réseaux plus lointains ? - Y a-t-il une diversification de l'offre de soins ?
4. Composition actuelle - Organisation interne <ul style="list-style-type: none"> - Pluriprofessionnalité obligatoire (au moins trois professions [médicale, para-médicale, sociale]) - Nombre de professionnels minimum à évaluer selon les conditions locales, suffisant pour qu'ils ne constituent pas un alibi de pluriprofessionnalité - Engagement de qualité par la signature d'une charte précisant les droits et devoirs des adhérents vis-à-vis des usagers et de leurs partenaires, notamment en matière de lutte contre la douleur 	4. Composition actuelle - Organisation interne <ul style="list-style-type: none"> • Combien compte-t-il de professions différentes, et combien de professionnels de chacune d'entre elles ? • Compte-t-il des bénévoles ? Si oui, quel rôle jouent-ils ? • Répartition des tâches entre les acteurs • Existe-t-il un règlement interne ou une charte qui s'impose à tous les membres du réseau ? (Sinon, il faut en effectuer la création)
5. Moyens que se donne le réseau <ul style="list-style-type: none"> - Coordination structurée (au moins une personne à temps partiel) - Formation continue transprofessionnelle - Sécurité des communications inter-professionnelles 	

Ce que doit obligatoirement comporter un réseau	Quelles questions pour l'instructeur de la DDASS ?
6. Cadre de communication (conventions, participation, financement...) avec les institutions extérieures (collectivités territoriales, assurance maladie, associations) : il faut le support d'au moins une institution de poids local important	6. Articulation avec les institutions <ul style="list-style-type: none"> • Quelles relations le réseau a-t-il avec l'URML ? • Quelles relations a-t-il avec l'IRCAM ? • Quelles relations a-t-il avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ? • De façon générale, position du réseau dans le champ local des activités médicales et sociales ?

<p>7. Financement La sécurité du fonctionnement du réseau comme de son insertion dans le tissu local exige un pluri-financement. Si ce n'est pas le cas, il faut le susciter.</p>	<p>7. Financement actuel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le réseau reçoit-il un financement <ul style="list-style-type: none"> - direct, sous forme de subventions de l'Etat ou des collectivités territoriales ou de convention avec une caisse d'assurance maladie, ou des tiers ? - indirect sous forme de mise à disposition de personnel de prêt de local ou de matériel, de prestations gratuites ? • Quels sont les financeurs, et quelle est la répartition des financements ?
<p>8. Place des usagers Ils doivent être au centre des préoccupations du réseau, sous des formes évolutives avec le temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en tant que patients au début - en tant qu'usagers sujets de droit ensuite - en tant que partenaires enfin dans la détermination des besoins à combler et des stratégies pour y parvenir 	<p>8. Place des usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Description des usagers (type, nombre, besoins) - Information donnée aux usagers sur le réseau - Rôle éventuel des usagers dans le fonctionnement du réseau (enquêtes de satisfaction) - Modes d'organisation et de représentation des usagers
<p>9. Moyens mis en place pour le suivi et l'évaluation de l'action du réseau Sauf exception, l'évaluation est condition du financement de l'Etat. Il est possible qu'il n'y en ait pas. Dans ce cas, il faut mettre le réseau en rapport avec une structure de santé publique qui puisse l'y aider (ORS, chaire de santé publique universitaire, DIM hospitalier, CDES ou CRES, échelon régional du contrôle médical de la Sécurité Sociale).</p>	<p>9. Moyens mis en place pour le suivi et l'évaluation de l'action du réseau De quels moyens de suivi ou d'évaluation s'est-il doté ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'activité - Participation éventuelle à des travaux d'analyse de pratiques, de recherche épidémiologique - Collaboration d'une structure de santé publique ou contrat avec une société de services - Suivi d'indicateurs de résultats

ANNEXE 1bis

LETTRÉ-TYPE AUX RESPONSABLES DE RÉSEAUX

Madame, Monsieur,

A partir de 2000, tous les réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux c à un soutien de l'Etat (qu'ils soient monopathologiques [infection à VIH, infection à VHC, pratiques ad maladies rares...], polyopathologiques [gérontologie- douleur- cancer, infections virales chro pratiques addictives- précarité...] ou populationnels [person- nes âgées, nouveau- nés, per précarisées...]) auront à remplir un dossier unique, qu'il vous faudra remettre à la DDASS. Ce devra répondre à un cahier des charges commun, qui tiendra compte de leur date de création, stade d'évolution, et de la qualité de leur démarche (objectifs précis et indicateurs de résultats).

Pour ce faire, vous devrez préciser :

- Le statut juridique de votre réseau (vous en fournirez les pièces justificatives) ;
- Les objectifs, si possible quantifiés, actuellement poursuivis par le réseau ;
- Son champ d'action :
 - Thème fédérateur
 - Territoire géographique actuellement couvert
- Sa composition et son organisation interne :
 - Quelles professions y sont représentées ?

- Quel nombre de membres dans chaque profession ?
- Existence d'une charte précisant les buts du réseau ainsi que les droits et devoirs de ses membres ? (vous en joindrez le texte)
- Les responsables de prestations de qualité :
- Qui assure la coordination ? Comment ?
- Quelles formations le réseau assure-t-il à ses membres ? (joindre le programme)
- Quelles mesures ont été prises pour assurer la sécurité des communications entre les membres du réseau ?
- La place des usagers dans le réseau
- Son cadre de relations avec les institutions environnantes (conventions, participation, financement...) :
joindre le texte des accords écrits.
- Le montant des autres financements attendus
- Les moyens et méthodes mis en place pour le suivi et l'évaluation du projet

Cette procédure unique allégera votre tâche et permettra une instruction plus rapide homogène des dossiers.

ANNEXE 2

TYPOLOGIE PRATIQUE DES RÉSEAUX ACTUELS OU PROPOSÉS POUR UN PROCHE AVENIR

I. Les réseaux inter-établissements

Seuls réseaux existants correspondant exactement aux vœux de l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique, ils ne sont pas très nombreux, mais n'entrent pas dans un cadre expérimental, car ils sont faits de conventions, sont soumis à l'agrément du Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation, et sont susceptibles d'accréditation : il s'agit de réseaux d'urgence entre SAMU et établissements ou entre structures de prise en charge des urgences périnatales, de réseaux télématiques, de réseaux spécialisés (cancer...), de réseaux entre hôpitaux de niveaux différents pour la chirurgie ou pour la formation médicale continue, ou de réseaux de complémentarité d'établissements publics et/ou privés dans la ligne des articles 6 et 7 de la loi n° 91-588 du 31 juillet 1991.

II. Les réseaux thématiques purs (cf annexe 5 : modalités particulières aux réseaux de type II : réseaux monothématiques de référence et de formation) : nés souvent (mais pas toujours) à l'hôpital, ces réseaux ont pour vocation à transmettre un savoir ou un mode de traitement très spécifique, d'abord en intra-hospitalier, puis vers la ville lorsque les malades quittent l'hôpital (réseaux de lutte contre la douleur, palliatifs, de prise en charge de maladies rares, du diabète de type 2, certains réseaux périnatalité, psychiatriques s'attachant aux retentissements de maladies graves [infection à VIH et/ou à VHC, cancer, pathologies addictives...], majorité des réseaux cancer...).

Ces réseaux sont plus centrés sur les professionnels que directement sur les patients qu'ils ne visent en seconde intention. De ce fait, ils n'ont pas la même limitation territoriale que les précédents (les réseaux couvrent en général un département, les réseaux pour maladies rares peuvent couvrir le quart ou le territoire national) mais viennent naturellement s'articuler aux réseaux de santé de proximité, ou à d'autres

spécialisés existants.

Si, par leur organisation, ils sont tout à fait voisins des réseaux du type suivant, ils n'ont pas vœ déborder de leur spécificité, mais leurs forts liens avec les structures hospitalières posent à celles-ci de problèmes d'organisation.

III. Les réseaux évoluant vers des réseaux de santé de proximité

La grande majorité des réseaux (probablement plus de 1000 actuellement), directement visés p circulaire (cf annexe 4 : l'historique des réseaux) : il s'agit de réseaux parfois anciens (15, voire 20 ans) des départ à la prise en compte thérapeutique d'une pathologie complexe ou d'une population complexe. Ils spontanément en une dizaine d'années de "réseaux de soins monopathologiques" à "réseaux de s proximité".

D'initiatives diverses

Ils peuvent être lancés par des médecins hospitaliers ou de ville, mais aussi des paramédicaux, phar d'officine, travailleurs sociaux, cellules RMI, associations d'usagers.

La même logique que les cercles de qualité dans l'industrie

L'expérience montre que, comme les cercles de qualité dans l'industrie, ces réseaux ne gard dynamisme que lorsqu'est préservée à tout moment pour le plus périphérique de leurs mem possibilité d'amélioration du dispositif s'il repère un changement de procédure qui permettrait d'a ou de mieux adapter la réponse que propose le réseau à un besoin de la population. Ce con évidemment exactement en sens inverse de la tendance naturelle de tout organisateur, en pa institutionnel, à figer les dispositifs en tenant compte avant tout de sa propre sensibilité.

Toujours liés à l'hôpital

Leurs patients lourds ou chroniques passant évidemment de temps en temps par l'hôpital, ces rése tous une attache, même ténue, ce qui pose des problèmes divers d'articulation, de financement conjoin hôpital, voire de conventionnement.

IV. Les réseaux prévus par l'article L. 162.31.1 du code de la sécurité sociale

Ces réseaux expérimentaux ont pour objet de vérifier la viabilité de formes d'exercice fondée prise en charge globale des assurés, tant au plan des soins que de la prévention et, le cas échéé l'accompagnement social, et de s'assurer de la pertinence médico-économique des réseaux pour en charge le suivi de pathologies lourdes ou chroniques.

Ils doivent tendre à mieux articuler les responsabilités respectives des organismes d'assurance et des professionnels de santé, chacun possédant les outils permettant au partenaire d'attein objectifs. Ils doivent le plus souvent identifier des prestations nouvelles, notamment par un m rémunération spécifique, organisant ainsi différemment la chaîne des actes de soins.

A cette fin, des dérogations à la réglementation en vigueur peuvent être autorisées en ce qui con rémunération des médecins, le paiement direct des honoraires, les frais couverts par l'assurance et la participation de l'assuré.

Les projets de réseaux expérimentaux sont soumis, pour avis, au conseil d'orientation des fili réseaux de soins et sont agréés par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité

La durée de l'expérimentation est limitée à trois ans.

Les projets doivent présenter un intérêt médical au regard de la qualité et de la continuité des soins, un intérêt économique au regard de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Par ailleurs, ils doivent être dotés d'un système d'information et d'évaluation médico-économique et solliciter des dérogations.

ANNEXE 3

LA NOUVELLE GÉNÉRATION DES RÉSEAUX

Si les premiers réseaux sont nés de l'initiative personnelle de praticiens de terrain, certains parmi les plus récents peuvent avoir été suscités de manière tout à fait officielle, pour faire face à des situations de pénurie de soins, de dysfonctionnements, de mauvaise couverture territoriale par les établissements... Il pourra vous apparaître notamment dans le cadre des priorités définies par la Conférence Régionale de Santé, qu'un réseau dans l'offre de soins de votre département pourrait être avantageusement comblé par un réseau qu'il vous appartiendra de susciter. Les modalités de départ de leur évolution sont évidemment différentes, à la fois parce qu'ils ne naissent pas spontanément du terrain, et parce que les pratiques sont différentes.

Ils peuvent toutefois tirer bénéfice de l'expérience de leurs prédécesseurs : les institutions appelées partenaires peuvent d'emblée être sollicitées, mais en respectant des procédures propres à faciliter la maturation des acteurs de terrain tout en y mettant le temps nécessaire, et en évitant toute prise de décision hiérarchique antinomique avec le fonctionnement en réseau. Votre rôle d'impulsion est essentiel pour la sollicitation des institutions. Un certain nombre de précédents montrent qu'il est important que celles-ci désignent des agents assez motivés pour participer, au sein d'un comité de pilotage, à la réflexion sur la place du réseau, dans le respect des principes enseignés par l'expérience.

L'appel aux professionnels libéraux peut être transmis par les ordres et syndicats professionnels, afin d'adjoindre ceux que la proposition attire.

Formations transprofessionnelles et charte des droits et devoirs des adhérents au réseau ont toutes les caractéristiques de ce type de genèse, de faire partie des exigences de démarrage, ainsi que l'analyse des besoins au sein du réseau veut apporter une réponse, alors que le reste doit apparaître progressivement, en fonction des conditions locales et de la progressive maturation des acteurs.

Les financements des fonctions accessoires ne doivent être envisagés que secondairement, en convention entre les divers partenaires. En effet, dans les deux types de réseaux, il est capital que l'environnement institutionnel tout entier soit régulièrement informé des étapes franchies par le réseau, pour que chaque institution s'y adapte. Cette information se fait de manière privilégiée lors de démarches de recherche de financements, et l'expérience montre qu'une institution qui participe au financement se préoccupe d'abord de devenir d'un réseau qu'une institution qui n'y participe pas.

Par ailleurs, la diversification des sources de financement est une sécurité non négligeable dans la durée. La participation équilibrée de diverses institutions évite que ne se crée une dépendance à l'égard d'une seule d'elles qui créerait une hiérarchie de fait et risquerait d'imposer la logique propre à l'institution, contrairement au même du fonctionnement en réseau.

Articulation avec les établissements hospitaliers : une nécessité

Tout réseau de soins est appelé, par sa nature même, à compter parmi ses membres des établissements hospitaliers relevant d'établissements publics ou privés divers. Assez rapidement, il est amené à dépasser des relations purement interpersonnelles pour établir un lien avec la structure elle-même. Si tel n'était pas le cas, il appartiendrait de susciter cette articulation indispensable à la continuité des soins. De ce fait, et en fonction de l'importance de ses liens avec ces établissements, le réseau pourra être amené à constituer avec eux, lorsqu'il atteint un degré de maturité suffisant, un "réseau de soins" au sens de l'article 712-3-2 du Code de la santé publique, réseau constitué par convention, agréé par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation et à l'accréditation.

Il sera prudent, lors de la discussion de la convention constitutive selon les instructions fournies par la circulaire DH n° 97/277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements, de prévoir une durée assez courte pour que puisse être tenu compte des nouvelles adhésions, de l'évolution du réseau vers de nouvelles pathologies, de nouvelles populations ou un abord plus global de la santé.

Articulation avec les collectivités territoriales

La ville ou le département sont des lieux privilégiés d'identification des besoins locaux. Il ne peut y avoir des avantages à laisser chacun définir sa responsabilité relativement aux problèmes que peuvent rencontrer les individus. Il est donc souhaitable que soient recherchées de part et d'autre des articulations entre réseaux de services divers (protection maternelle et infantile, service de promotion de la santé en faveur des élèves, services communaux d'hygiène et santé, contrats de ville, services sociaux du Conseil général...) en fonction des orientations respectives.

Articulation avec les orientations définies par la Conférence Régionale de Santé

Les réseaux de soins, tels qu'ils apparaissent actuellement, et du fait de la légitimité que leur confère leur existence, constituent un outil de choix dans l'arsenal de notre système de santé, tant comme observatoires locaux que pour les plus anciens d'entre eux, que comme outils multiplicateurs des effets des autres structures, en matière de prévention et de soins. Il appartiendra aux services déconcentrés, non seulement de susciter éventuellement de nouveaux réseaux, mais de faire partager à la Conférence Régionale de Santé leur conception de la santé publique.

ANNEXE 4

MODALITÉS PARTICULIÈRES AUX RÉSEAUX DE TYPE II :

RÉSEAUX MONOTHÉMATIQUES DE RÉFÉRENCE ET DE FORMATION

Ces réseaux à vocation très spécialisée de deuxième niveau (cf annexe 2 p. 10) sont constitués au pôle de référence en général hospitalier. S'ils répondent au même souci de prise en charge globale du patient prévention à l'accompagnement social en passant par les soins et sont soumis aux mêmes règles de développement que les réseaux polyvalents de proximité de type III, ils présentent un certain nombre de caractéristiques d'organisation qui en rendent la gestion, notamment financière, différente.

Leur thème d'application

Il correspond à une spécificité peu courante (maladie rare) ou qui demande une prise en charge délicate évolutive sur les plans diagnostique et thérapeutique, alors que les spécialistes sont en nombre limité (diabète, hépatite C, cancer, insuffisance rénale chronique..., douleur, soins palliatifs...).

Leur objectif

Il est de faire assurer au plus près du terrain par les professionnels de premier niveau la prévention et le suivi des patients pour leur éviter les complications prévisibles, ou d'assurer au domicile une continuité de soins de qualité qui ne serait assumable par les spécialistes qu'en établissement, tout en s'assurant qu'au cas où l'aggravation surviendrait, il sera fait appel au spécialiste le plus pertinent.

La méthode

Elle comporte souvent une évaluation initiale du patient au pôle de référence, et comporte en outre un volet important de formation continue des professionnels de premier niveau, fréquemment accompagné d'actions de communication-sensibilisation destinées au public (patients ou tout-venant), tout en assurant la prise en compte de l'échelonnement des soins.

La répartition des rôles

1. **Le pôle de référence** : comme son nom l'indique, il est porteur du savoir scientifique, participe souvent à la recherche relative au thème d'application, et est fréquemment universitaire. En tant que pôle, il est chargé d'une mission de diffusion du savoir et de la qualité dans un environnement géographique parfois éloigné (C'est donc le ferment du réseau, qui doit susciter l'adhésion des professionnels divers de premier niveau hospitalier) et le soutien des institutions à l'action entreprise. C'est aussi l'expert qui détermine les formations et de la communication vis-à-vis du public, en garantit la qualité, en mesure l'impact sur la pratique, et assure la prise en charge de ceux des patients les plus lourds et les plus complexes. Dans le cadre de ses activités de recherche, il peut être amené à assumer la gestion d'une "base de données patients", via un registre. Par son appartenance presque systématique à une structure hospitalière, c'est en général sur ce site qu'il repose la logistique du réseau (secrétariat, réunions de l'ensemble du réseau ou de son comité de pilotage, informatique).

2. **Le réseau** : constitué de tous les professionnels concernés, du para-médical au chef de service du pôle de référence, il n'est pas subordonné au pôle de référence, qui n'en est qu'un instrument privilégié.

Il est souhaitable qu'il se dote d'un comité de pilotage chargé d'élaborer et de mener sa stratégie de développement (recherche d'adhésion de nouveaux professionnels, expansion géographique, politique de communication vis-à-vis des institutions et du public), ainsi que le suivi-évaluation de l'ensemble et des résultats obtenus en faveur des patients.

C'est au réseau que revient l'initiative, l'organisation et la mise en œuvre des formations, avec le concours technique du pôle de référence.

N.B. : si les pathologies à VIH, nettement moins courantes que le diabète, le cancer, l'ostéoporose ou l'hépatite C, n'en sont pas dans cette catégorie, c'est pour des raisons historiques. La concentration initiale dans des zones géographiques limitées des associations de patients ont d'emblée orienté ces réseaux vers le type III.

L'ACCREDITATION DES FILIÈRES ET RÉSEAUX DE SOINS

Résumé :

Le système de santé français connaît actuellement une double transformation, initiée par les ordonnances du 24 avril 1996 : d'une part, le gouvernement crée un certain nombre d'outils pour permettre le développement des filières et réseaux de soins. D'autre part, les établissements de santé sont incités à se lancer dans une démarche volontariste d'amélioration continue de la qualité, motivés par la procédure d'accréditation.

Bien que la notion de travail en réseaux soit ancienne, elle n'a été consacrée par les textes que très récemment. De plus, cette notion recouvre des réalités souvent très différentes : un essai de typologie est donc nécessaire. L'avantage de cette forme de travail est de pallier certaines des lacunes actuelles de l'offre de soins en instaurant une coordination entre ses différents acteurs et en assurant une prise en charge de qualité.

Mais évaluer une structure en constante redéfinition n'est pas chose aisée. Est-il possible de rendre compte objectivement de l'intérêt du travail en réseau ? Une procédure d'accréditation peut-elle appréhender cette forme de travail ? Quels sont les intérêts, les enjeux de l'accréditation des filières et des réseaux de soins ? L'accréditation constituera-t-elle un frein ou un moteur au développement des réseaux ?