



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

**« QUEL AVENIR POUR LES RESEAUX DE SANTE
OU COMMENT ORGANISER LES SOINS
PRIMAIRES EN FRANCE DANS LES ANNEES QUI
VIENNENT ? »**

– Groupe n° 25 –

- BRUNEAU Francis
- CARRE Philippe
- COSTA Marie-Line
- LABROUQUAIRE Romain
- MEFTAH Shérazade
- SABARTHES Cindy
- SIMON François
- VERNEJOUX Laurence
- VITERBO Patrick

Animateur : Arnaud GRAMOULLE

Sommaire

1 Le rôle des réseaux de santé dans l'organisation des soins primaires en France.....	VII
1.1 Des soins primaires en quête d'organisation	VII
1.1.1 Les soins primaires : une définition	VII
1.1.2 L'offre de soins primaires en France.....	VIII
1.2 Un dispositif légal récent en évolution.....	X
1.2.1 Alors qu'avant 2002, la France disposait d'une législation dispersée voire incohérente	X
1.2.2 ... après 2002, la législation semble plus structurante.	XI
1.2.3 Des exigences nouvelles de qualité et d'évaluation introduites par le législateur	XII
1.2.4 Le financement.....	XIII
1.3 Bilan de la mise en œuvre des réseaux.....	XIV
1.3.1 Une organisation en évolution	XIV
1.3.2 Evaluation quantitative du dispositif	XV
A) Un développement difficile à évaluer.....	XV
B) Les réseaux financés	XV
1.3.3 Les limites de l'approche thématique	XVII
1.3.4 Pour une approche territoriale	XVII
A) L'enjeu du « réseau territorial »	XVII
B) La crainte de l'inégalité entre territoires.....	XVIII
2 Quelles perspectives de développement pour les réseaux ?	XX
2.1 Un effet incertain sur l'organisation des soins.....	XX
2.1.1 Les leçons tirées du positionnement des acteurs et de la mise en œuvre des réseaux de santé	XX
A) Le positionnement des acteurs institutionnels.....	XX
a) L'évolution des réseaux selon la DHOS	XX
b) Les acteurs régionaux (MRS, ARH, URCAM, CRAM, DRASS) :	XXI
B) Un positionnement divergeant des professionnels de santé	XXIII
a) La conception des réseaux selon les professionnels de santé.....	XXIII
b) Les obstacles rencontrés par les professionnels de santé	XXIV
C) Le positionnement des usagers.....	XXVI
D) Les interrogations sur une politique des réseaux : demande, difficultés et perspectives	XXVII

2.1.2	L'articulation avec le dossier patient	XXIX
A)	Quelles leçons tirer des expériences étrangères ?.....	XXIX
B)	La situation française.....	XXX
2.2	Des propositions pour un développement des réseaux.....	XXXI
2.2.1	Clarifier le dispositif au niveau stratégique	XXXI
2.2.2	Améliorer la mise en œuvre technique	XXXI
2.2.3	Mieux associer tous les acteurs.....	XXXII
2.2.4	Améliorer la formation	XXXIII
Conclusion.....	XXXIV
Bibliographie	XXXVI
Liste des annexes	XL

Remerciements

L'ensemble du groupe de travail tient particulièrement à remercier Monsieur Arnaud Gramoullé pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée en matière méthodologique que pour l'élaboration de notre réflexion.

Nous remercions également chaleureusement tous ceux, souvent passionnés, qui nous ont permis de conduire ce travail de recherche. Tous nos intervenants ont compris notre démarche et nous ont amené à repenser régulièrement notre manière d'envisager les réseaux en France. Nous les remercions beaucoup pour leur patience et leur disponibilité.

Le groupe remercie Monsieur François-Xavier Schweyer pour son attention et sa disponibilité. Enfin, nous remercions nos collègues des autres groupes avec qui nous avons su coopérer et mutualiser les efforts dans la conduite de ce projet.

Méthodologie

La réalisation du module interprofessionnel de santé publique impliquait nécessairement la mise en place d'une méthode précise et claire. Cette dernière est le fruit d'une réflexion commune à tous les participants et a été menée dès le premier jour de travail. Plusieurs étapes ont été identifiées dont la plus importante et emblématique fut la réalisation d'un cahier des charges comportant notamment un planning précis suivant les tâches à effectuer.

- Première étape : définir les objectifs méthodologiques

Une longue mais nécessaire analyse du sujet a permis de cerner au plus vite les grands axes de développement d'un sujet aussi vaste que celui de l'avenir des réseaux en France. Une fois ces axes bien identifiés, une réflexion sur la déclinaison des problématiques par grandes orientations a été menée.

- Deuxième étape : définir les priorités

Dans un cadre contraint par un calendrier exigeant, des priorités ont été soulignées. Le groupe a particulièrement souhaité être le plus exhaustif possible. Une première répartition des tâches en sous-groupes a alors émergé en même temps qu'un plan de travail qui, déjà à ce stade, était développé et dynamique. Dès lors

- Troisième étape : définir l'organisation du travail

Le groupe a souhaité donner au travail une dimension pratique essentielle. Il nous est apparu que la parole des acteurs de terrain était primordiale d'où une organisation du travail axée sur la réalisation d'un maximum d'entretiens. L'organisation des rendez-vous a nécessité un investissement important : identification des interlocuteurs, prises de contact téléphoniques, envois de courriels, attente de confirmations. Il en a été de même pour la préparation des grilles d'entretiens puis l'exploitation de cette matière brute. Néanmoins, cette phase a permis sans aucun doute d'affiner les problématiques pressenties et d'éclairer la réflexion sur un sujet aussi vaste. Tous les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription en annexe.

- Quatrième étape : réaliser un guide de travail actualisé avec des règles précises (cahier des charges en annexe).

Dès le deuxième jour, un cahier des charges précis a été réalisé afin de se donner des objectifs précis. Des responsabilités claires ont été réparties entre les membres du groupe notamment en ce qui concerne la liaison avec le coordinateur et l'actualisation des progrès réalisés dans un calendrier défini par avance et centré autour des entretiens.

Liste des sigles utilisés

- **ANAES** : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- **APA**: Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
- **ARH** : agence régionale de l'hospitalisation
- **CLIC** : centre local d'information et de coordination
- **CNAM** : caisse nationale d'assurance maladie
- **CNAMTS** : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- **CNIL** : commission nationale informatique et libertés
- **CPAM** : caisse primaire d'assurance maladie
- **CRAM** : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- **CNR** : coordination nationale des réseaux
- **CRR** : comité régional de réseaux
- **CSP** : code de la santé publique
- **CSS** : code de la sécurité sociale
- **DDASS** : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- **DGS** : direction générale de la santé
- **DHOS** : direction des hôpitaux et de l'organisation des soins
- **DNDR** : Dotation Nationale Développement des Réseaux
- **DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- **DRDR** : dotation régionale de développement des réseaux
- **FAQSV** : fonds d'aide à la qualité des soins de ville
- **GIE** : groupement d'intérêt économique
- **GIP** : groupement d'intérêt public
- **IDF** : Ile de France

- **LFSS** : loi de financement de la sécurité sociale
- **MRS** : Mission Régionale de Santé
- **MSA** : Mutualité Sociale Agricole
- **NPC** : Nord – Pas de Calais
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PSPH** : participant au service public hospitalier
- **SROS** : schéma régional d'organisation sanitaire
- **SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile
- **URCAM** : union régionale des caisses d'assurance maladie
- **URML** : union régionale des médecins libéraux

Une réflexion sur l'avenir des réseaux de santé en France s'inscrit naturellement dans un cadre économique national contraint dans lequel le secteur de la santé occupe une place de plus en plus importante. Ainsi, La dépense courante de santé s'élève à 183,5 milliards d'euros en 2004, soit en moyenne 2 951 euros par habitant et 11,13 % du PIB, contre 11,08 % l'année précédente. La dépense nationale de santé, agrégat retenu pour les comparaisons internationales, représente, en 2004, 10,5 % du PIB, soit une augmentation de 0,1 point par rapport à 2003 ce qui place la France en cinquième position des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).¹

Dans ce contexte, le réseau est apparu pour certains comme une nouvelle manière d'envisager l'organisation des soins primaires en France en permettant une réflexion sur un partenariat entre toutes les composantes de l'offre de soins. Il s'agissait également de trouver une réponse adaptée à une demande de santé hétérogène, particulièrement dans les années 80 face au développement de l'épidémie de VIH. Cette nécessité de mieux associer les acteurs professionnels s'est affirmée avec la création de réseaux de soins palliatifs ou encore de réseaux diabète. La plupart du temps ces tentatives émanaient des professionnels eux-mêmes et reposaient sur une volonté de décloisonner un système ne permettant pas de prendre en charge de façon optimale certaines pathologies ou situations médico-sociales. Le terme de réseau est alors employé pour désigner toute forme d'organisation, même informelle et lâche, entre au moins deux producteurs de soins. Il est donc difficile d'en donner une définition consensuelle. Le plus souvent, un réseau formel se constitue pour rendre de nouveaux services, ou pour corriger des dysfonctionnements du système de soins.

Un effort de définition a été entrepris par la Loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de soins. Elle affichait notamment pour ambition de développer une politique de prévention globale et cohérente (chapitre IV : prévention et promotion de la santé) et de mieux définir les réseaux de santé (chapitre V : réseaux). L'exposé des motifs précisait que « *le projet de loi définit et élargit les missions des réseaux, qui seront désormais des réseaux de santé, dont les missions sont élargies, et qui pourront assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Les réseaux ne seront plus obligatoirement rattachés à des établissements de santé ; ils pourront être constitués entre des professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales ou médico-sociales, des organismes à vocation sanitaire et sociale. Dès lors qu'ils répondront à des critères de qualité, d'organisation et*

¹ DRESS, Etudes et résultats n°406, juillet 2005.

d'évaluation, fixés par voie réglementaire, ils pourront percevoir des financements de l'Etat et de l'assurance maladie, sous forme de subventions. »².

Les réseaux de santé en France font l'objet de réflexions importantes aujourd'hui suite notamment à cette définition législative. Confronté à une progression de leur nombre sans réel plan d'ensemble, le développement des réseaux de santé pose effectivement plusieurs interrogations.

En premier lieu, leur évaluation tardive et non coordonnée appelle à une réflexion sur un meilleur cadrage de leur activité compte tenu des fonds croissants investis.

Ensuite, l'avenir des réseaux ne peut se passer d'une réflexion centrée sur leur articulation avec la réforme plus globale de l'assurance maladie initiée en 2004³. La mise en place du parcours de soins coordonné et l'application du principe du médecin traitant interrogent la pertinence d'un maillage en réseaux non coordonné nationalement. Si des risques de contradiction entre les 2 dispositifs peuvent apparaître, il est également envisageable de concevoir une articulation logique entre médecin traitant et travail en réseaux.

Enfin, dans un contexte où l'organisation des pouvoirs publics tend à une régionalisation effective des compétences au niveau social et sanitaire (création des ARH en 1996, décentralisation accentuée depuis la réforme constitutionnelle du 28 mars 2003), le risque d'une inégalité entre territoires est souligné par certains professionnels de santé.

L'enjeu central de l'organisation des soins primaires est celui de la mise en place d'une réelle politique des réseaux. En l'absence d'orientations claires de la part des pouvoirs publics et dans un contexte de crise financière de l'assurance maladie, l'avenir des réseaux paraît subordonné au jeu plus ou moins coopératif des professionnels de santé notamment médicaux.

Le développement des réseaux de soins primaires en France, pour engagé qu'il soit, ne permet pas encore d'avoir une vision claire de leur architecture dans l'avenir. Cette situation s'explique essentiellement par les conditions qui ont vu naître la plupart des réseaux, par leur historique et enfin par l'incertitude sémantique qui entoure cette notion malgré l'effort de définition du législateur en 2002.

Il s'agira donc dans une première partie de comprendre comment la notion de réseau de santé s'est installée en France et d'en faire un premier bilan tourné vers les enjeux de son développement à l'avenir.

² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (annexe)

³ Loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie

Puis, dans une seconde partie, nous tenterons de cerner les implications stratégiques du développement des réseaux et l'impact potentiel induit sur l'organisation des soins primaires, notamment après avoir pris en compte la perception des multiples acteurs.

1 Le rôle des réseaux de santé dans l'organisation des soins primaires en France

1.1 Des soins primaires en quête d'organisation

1.1.1 Les soins primaires : une définition

Outre les soins ambulatoires de proximité, les soins primaires comprennent des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'information et de conseil. Certains pays cherchent également à y intégrer des services sociaux⁴. Ainsi, la prestation de chaque type de soins vise avant tout à prévenir la maladie et à promouvoir la santé.

En 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé a adopté les principes des soins de santé primaires comme assise de la prestation efficace de services de santé afin de répondre aux besoins des particuliers, des familles, des collectivités et des populations. Ces principes constituent à la fois une philosophie sur les soins et une façon de les dispenser⁵.

Ils se déclinent de la manière suivante :

- Accessibilité : les cinq types de soins de santé sont disponibles universellement quel que soit l'endroit géographique où ils se trouvent. La distribution des professionnels de santé dans les collectivités rurales, éloignées et urbaines joue un rôle clé dans le principe de l'accessibilité. L'accessibilité signifie aussi que les usagers reçoivent des soins appropriés du bon professionnel de santé dans un délai approprié.
- Participation publique : il s'agit d'encourager les usagers à participer à la prise de décisions sur leur propre santé, à définir les besoins de leur collectivité dans le domaine de la santé et à envisager les avantages d'autres moyens d'y répondre. La participation assure une planification stratégique et une évaluation efficace des services de soins de santé dans une collectivité.
- Promotion de la santé : elle porte sur l'éducation dans le domaine de la santé, la nutrition, l'hygiène, les soins de santé à la mère et à l'enfant, l'immunisation, la prévention et le contrôle des maladies endémiques. Elle vise à réduire la demande de soins en guérison et réadaptation et permet aux individus de comprendre les

⁴ DRESS, Etudes et résultats n°406, juin 2005.

⁵ Association des infirmières et infirmiers du Canada, « les principes de soins de santé primaire », juin 2000.

déterminants de la santé. Ils acquièrent ainsi des connaissances techniques nécessaires à l'amélioration et maintien de leur état de santé.

- Technologie appropriée : elle met en évidence l'importance d'un savoir amélioré et de la création continue de compétences. Ce principe reconnaît l'importance de la mise au point de l'essai de modèles innovateurs de soins de santé et de la diffusion des résultats de recherche.
- Collaboration intersectorielle : la santé est reliée à la fois aux politiques économiques et aux politiques sociales. Dans ce cadre les professionnels de différentes disciplines collaborent et fonctionnent de façon interdépendante afin de répondre aux besoins des usagers et de leur famille⁶.

1.1.2 L'offre de soins primaires en France

En 2006, l'offre de soins se caractérise par l'existence de dispositifs publics et privés, aussi bien dans le secteur hospitalier que dans le secteur ambulatoire. L'hôpital occupe une place centrale, les soins primaires ont quant à eux une organisation faiblement structurée. Leur implantation est souvent déconnectée des besoins de la population.

Les médecins généralistes sont les acteurs essentiels de l'offre de soins primaires mais d'autres professionnels tels que les infirmiers peuvent y être impliqués.

Le secteur ambulatoire est faiblement organisé et l'offre de soins primaires est très disparate. Les professionnels ont une pratique souvent isolée, individuelle et faiblement coordonnée. Par exemple, si les médecins généralistes accomplissent tous les jours des actions de nature préventive, leur activité de prévention n'est pas programmée ou coordonnée. Leur activité prioritaire demeure les soins curatifs. Certes, des expériences de développement de programmes de prévention sont menées au niveau local, à l'initiative de médecins libéraux, mais elles restent circonscrites⁷.

A ce sujet, l'IGAS formule à l'égard de la situation française deux constats principaux :

- « - *Ni leur formation, ni leurs conditions d'exercice, ni leur rémunération ne permettent actuellement aux médecins de s'investir pleinement dans la prévention,*
- *La complexification des actions préventives requiert des stratégies globales qui ne sont possibles qu'avec le concours d'un grand nombre d'acteurs et de*

⁶ Association des infirmières et infirmiers du Canada, « les principes de soins de santé primaire », juin 2000.

⁷IGAS : D.Jourdain-Menninger, M.Lignot-Leloup, « Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire », janvier 2003

professionnels différents, parmi lesquels le professionnel de santé conserve un rôle majeur mais pas toujours prédominant »⁸.

La loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie a modifié l'accès des usagers en « libre service ». En effet, la mise en place du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés est une ébauche de structuration de l'offre. La coordination de la prise en charge du patient est confiée à un médecin traitant qu'il a librement choisi. Cependant la convention médicale signée en 2005 par la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) en a atténué les effets, les médecins revendiquant une autonomie forte de leur exercice et de leur pratique⁹.

De fortes disparités existent sur le territoire. « *Tout d'abord il convient d'éclairer le constat souvent fait, et déploré, d'une pénurie de médecins. Avec 335 médecins pour 100 000 habitants, la France se situe dans la moyenne haute de l'Union Européenne.* »¹⁰. En fait, il y a un déséquilibre entre les zones rurales et les zones urbaines, avec un territoire coupé en deux, entre le nord et le sud, exception faite de l'Ile de France¹¹. La densité médicale varie du simple au double selon les régions. Elle atteint un maximum en Ile-de-France avec 423 médecins pour 100 000 habitants contre 249 médecins pour 100 000 habitants en Picardie¹². En outre, 42,5% des médecins généralistes et 40,3% des médecins spécialistes de secteur 2 sont installés en région parisienne.

De même, la répartition des infirmières libérales sur le territoire reste très inégale. Les densités départementales varient dans un rapport allant de 1 à 5,5. Ainsi, dans les départements où les infirmiers sont présents en grand nombre la consommation d'actes en AIS est 5 fois supérieure aux départements moins bien dotés¹³.

⁸ IGAS : D.Jourdain-Menninger, M.Lignot-Leloup, « Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire », janvier 2003.

⁹ Les médecins s'appuient sur la Charte de médecine libérale de 1927 (principes reconnus par le code de la sécurité sociale (article L162-2) : libre choix, libre prescription et liberté thérapeutique, secret professionnel (médical), paiement direct (à l'acte), libre installation.

¹⁰ Conseil économique et social, Avis adopté en séance le 26 mai 2004.

¹¹ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Rapport du 23 janvier 2004.

¹² Id.

¹³ Id.

Par ailleurs, selon le rapport du Professeur Berland¹⁴, il est prévu à l'horizon 2020 une diminution de l'offre de soins due à une réduction des effectifs chez les professionnels de santé (moins de 160 000 médecins contre 200 000 actuellement par exemple), et à une féminisation de la profession médicale induisant notamment le développement du travail à temps partiel. En parallèle, il faut constater une augmentation des besoins de santé en lien avec le vieillissement de la population.

Conçus pour rationaliser les relations entre les malades et les différents prestataires de soins, les réseaux ont notamment pour objectif de remédier à certains dysfonctionnements du système, tels que la séparation hôpital et médecine de ville et à améliorer l'approche du malade et son itinéraire thérapeutique.

1.2 Un dispositif légal récent en évolution

1.2.1 Alors qu'avant 2002, la France disposait d'une législation dispersée voire incohérente ...

En complément des réseaux informels, plusieurs dispositifs institutionnels coexistaient :

- les réseaux expérimentaux : l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins lance un programme d'actions expérimentales dans le domaine de l'organisation des soins mettant l'accent sur la coordination entre acteurs de santé (réseaux « Soubie »). Ces réseaux peuvent se concevoir par pathologie, groupe d'âge ou porter sur des alternatives à l'hospitalisation dans le cadre de réseaux ville-hôpital.
- un dispositif conventionnel : le médecin référent, mis en place en 1997.
- la coopération hospitalière,
- les réseaux ville-hôpital : d'initiative ambulatoire, plutôt de proximité, tournés vers une population spécifique (personnes âgées ou en situation de précarité), avec une composante sociale souvent forte,
- les réseaux hôpital-ville : d'initiative plutôt hospitalière, ciblés sur une pathologie lourde chronique (cancer, diabète), à dimension généralement plus technique que les précédents.

¹⁴ Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, rapport d'étape, octobre 2003.

1.2.2 ... après 2002, la législation semble plus structurante.

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 anticipe l'institutionnalisation de nouveaux réseaux en y incluant les principaux instruments de financement¹⁵.
- La loi du 4 mars 2002 définit la notion de réseaux de santé, les acteurs concernés, les financements par subvention, et introduit de nouvelles formes juridiques¹⁶.
- Divers textes¹⁷ précisent les modalités de financement (DNDR, décideurs, critères de choix, publicité, composition du dossier), les modalités de suivi et d'évaluation.

La loi du 4 mars 2002 remplace la notion de réseaux de soins par celle de réseaux de santé. Ceci traduit alors un changement de perspective : « *Un réseau de soins assure la prise en charge coordonnée du patient, à l'aide des prestations servies par l'assurance maladie et des assurances complémentaires. La prise en charge plus globale d'un patient, tenant compte de son environnement social, nécessitant au-delà du soin des interventions de prévention voire de réhabilitation, ne relève pas des seuls professionnels de la santé mais concerne l'État, les collectivités locales, les assurances complémentaires ou les mouvements associatifs. Elle entre alors dans le champ des réseaux de santé dont les réseaux de soins sont des sous-ensembles.* »¹⁸

Alors que « *les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.*

¹⁵ La loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 relative au financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 36 relatif au financement des réseaux de santé).

¹⁶ La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (article 84 relatif aux critères de qualité et d'organisation des réseaux de santé).

¹⁷ Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé financement des réseaux et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, et circulaire d'application DHOS / CNAMTS 2002-610 du 19 décembre 2002 sur l'application de la nouvelle réglementation .

¹⁸ Juan Manuel Vinas, médecin inspecteur de santé publique, chargé de mission à la Direction de la sécurité sociale, ASDP n°24 - septembre 1998, p.37.

Les réseaux sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »¹⁹

Par ailleurs, « les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social. »²⁰.

1.2.3 Des exigences nouvelles de qualité et d'évaluation introduites par le législateur

S'inscrivant dans une démarche d'amélioration de la prise en charge, les réseaux proposent à leurs membres un dispositif et une démarche qualité. Ils s'engagent par ailleurs, à procéder à leur évaluation.

La qualité des services et prestation du réseau est garantie :

- les professionnels s'engagent au sein de la charte du réseau, dans le respect des règles déontologiques applicables, à suivre les recommandations de bonnes pratiques et à mettre en commun des référentiels et protocoles. Ils participent à des formations interprofessionnelles et pluridisciplinaires au travail en réseau, à des actions de prévention et à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.
- Ils garantissent également le respect des droits des malades, leur droit à l'information²¹, leurs droits en terme de protection des données individuelles. Ils précisent le système d'information choisi pour le traitement des données médicales.

Les actions menées sont évaluées :

Le promoteur du réseau définit, à partir de l'analyse des besoins sanitaires constatés, des pathologies ou problèmes de santé spécifiques et compte tenu de l'organisation des soins proposée dans l'aire géographique considérée, la liste des objectifs à atteindre et les résultats escomptés ainsi que les modalités d'évaluation de ces résultats.

¹⁹ La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (article 84 relatif aux critères de qualité et d'organisation des réseaux de santé).

²⁰ Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé financement des réseaux

²¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

L'évaluation portera notamment sur les processus de prise en charge médicale et médico-sociale, les processus organisationnels, les coûts correspondants et confrontera les résultats observés aux objectifs attendus. Un guide a été élaboré par l'ANAES à cette intention²². Les promoteurs des réseaux sont d'ailleurs favorables à cette forme d'évaluation qui leur permet de valoriser les actions menées.

1.2.4 Le financement

Les promoteurs de réseaux disposent de deux sources principales de financement :

- Un Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), géré par les URCAM, a été créé au sein de la CNAMTS en 1999. Il a vocation à financer toute action participant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale de la santé du patient, mise en œuvre par les professionnels de santé libéraux ou les centres de santé qui interviennent dans tous les secteurs y concourant.
- Une enveloppe spécifique de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est définie : la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR)²³.

La gestion de la DNDR est d'une nature nouvelle, totalement régionalisée. Chaque année cette DNDR est déclinée, par arrêté, en 26 dotations régionales de développement des réseaux (DRDR). Dans chaque région, le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM décident conjointement des financements accordés aux réseaux de santé au titre de la DRDR en fonction des priorités pluriannuelles des besoins de santé.

Par ailleurs, « *il est prévu des dérogations aux dispositions du Code de la sécurité sociale en matière de tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus au médecin par les assurés sociaux, au paiement direct des honoraires par le malade, en matière de couverture des frais par l'assurance maladie et en matière de ticket modérateur.* »²⁴.

Afin de simplifier les démarches, d'éviter au promoteur d'avoir une multiplicité d'interlocuteurs et d'aider les financeurs potentiels à prendre leur décision, il a été recommandé la mise en place d'une structure régionale de coordination sous forme de guichet unique qui organise l'ensemble de la procédure d'examen des projets et demandes de financement des réseaux.

²² ANAES, Service évaluation économique, « Réseaux de santé, guide d'évaluation », juillet 2004.

²³ Article L162-43 du Code de la Sécurité Sociale

²⁴ VINAS J./Dir., LARCHER P./Dir., DURIEZ M./Dir., « Réseaux de santé et filières de soins », ADSP actualité et dossier en santé publique n° 24 – septembre 1998.

Complexe, éclaté et critiqué, le financement des réseaux de santé appelle plusieurs remarques tout comme l'évolution récente au niveau législatif. Tout d'abord, eu égard à la multiplicité des objectifs donnés aux réseaux, il convient de s'interroger sur la cohérence d'une politique des réseaux. Si la mise à disposition de moyens – au sens large, financiers comme juridiques – a été effectuée ces dernières années, l'évaluation du dispositif général des réseaux pose problème notamment du fait de l'absence de cahiers des charges précis en la matière²⁵. Ensuite, l'autonomie donnée aux acteurs locaux (un des principes qui a présidé à la création des réseaux) semble aujourd'hui porter atteinte à la compréhension globale de l'architecture des réseaux sur le territoire national. Compte tenu de la diversité et de l'hétérogénéité des réseaux en France²⁶, la notion même de politique des réseaux doit être questionnée. Enfin, ces constats doivent composer avec une réalité du système de santé en plein changement depuis la réforme de l'Assurance maladie de 2004. La réalisation d'un bilan semble être nécessaire pour pouvoir juger de l'avenir des réseaux dans l'organisation des soins primaires en France.

1.3 Bilan de la mise en œuvre des réseaux

1.3.1 Une organisation en évolution

L'évolution du secteur sanitaire et social au cours des cinquante dernières années s'est faite en fonction du développement des techniques. Au delà d'une modernisation nécessaire et d'un progrès de la science médicale, c'est une conception nouvelle de la prise en charge des malades qui s'est développée. Des spécialités se sont créées, fondées sur un savoir, des techniques et des outils de plus en plus précis, spécialisés et de plus en plus étanches les uns vis-à-vis des autres.

L'univers sanitaire ou social s'est structuré sous l'influence de dynamiques différentes bien que complémentaires : les professionnels, l'assurance maladie, les collectivités territoriales et les usagers. Ainsi, bien que participant à un service de soins complet, efficient, coordonné commun, chaque acteur a ses objectifs et manières de fonctionner.

Des réseaux de complémentarité et de communication entre professionnels libéraux de la santé se sont donc développés. Mais également des réseaux d'efficience entre l'assurance maladie et ses partenaires institutionnels (HAD, SSIAD) dont l'objectif

²⁵ Cf. en annexe les entretiens avec le représentant de la CNAMTS, du Président de l'AFD, de la MSA et avec la DHOS.

²⁶ Cf. en annexe la plupart de nos entretiens.

premier est la maîtrise des dépenses sanitaires et sociales de ville à travers la constitution d'enveloppes de plus en plus globales ou de forfaits.

La mobilisation des usagers à travers les associations de consommateurs, leur exigence prégnante de qualité et d'efficacité, orientent et structurent le milieu professionnel.

Les collectivités territoriales, quant à elles, interviennent de plus en plus dans la prise en charge sociale. Elles ont tissé des liens communautaires ou médico-sociaux en fondant de véritables réseaux de services (aides ménagères, télé-alarmes, APA, RMI...).

Par conséquent, en tendant à accorder l'offre et la demande, les réseaux organisent la coordination des services autour du bénéficiaire en privilégiant la cohérence autour de la personne et non plus de l'organe, de la maladie ou de l'outil.

Si depuis les années 90 les projets de réseaux se multiplient, l'exercice de la médecine en réseau, entendu comme la prise en charge coordonnée d'un patient par plusieurs professionnels de la santé, n'est pas une création récente puisque de nombreux réseaux informels fonctionnaient depuis des années. L'innovation essentielle réside dans l'instauration d'un cadre légal et un financement pérenne.

1.3.2 Evaluation quantitative du dispositif

A) Un développement difficile à évaluer

L'architecture des réseaux en France est éclatée à plusieurs niveaux :

- au niveau juridique suivant le type de personnalité choisie par les promoteurs (Association loi de 1901, GIE, GCS...),
- au niveau financier suivant l'origine institutionnelle ou non des financements,
- le contenu des réseaux est également hétérogène : thématique (par pathologies) ou plus global

Il existerait plus de 1000 réseaux répertoriés selon la Direction Générale de la Santé (DGS)²⁷. Toutefois, ce chiffre ne reflète pas la réalité. C'est pourquoi, il convient d'établir une estimation selon des données vérifiables.

B) Les réseaux financés

Avant 1996, les textes ne donnaient aucune définition des réseaux mais seulement des objectifs et un champ. Un inventaire des réseaux existants recevant des fonds de l'Etat, des Conseils généraux ou des municipalités, a été réalisé. Plus de 500

²⁷ Rapport Paillerets

réseaux de soins ont été identifiés²⁸, appartenant à plus de 25 catégories différentes selon qu'ils s'adressaient à des réseaux techniques (soins palliatifs, urgence...), à des réseaux par pathologie (sida, diabète...), ou à des populations particulières (personnes âgées, personnes défavorisées...). Donc, une diversité extrême de typologie, mais également de longévité. Certains avaient plus de 20 ans d'autres moins d'un an.

Cependant de nombreux réseaux sont «mort-nés » car enfermés dans des structures administratives trop rigides. Ils étaient devenus trop complexes et avaient perdu toute lisibilité.

La DNDR a été créée en 2002, à partir des quatre enveloppes déjà existantes au sein de l'ONDAM (ville, hôpital, cliniques, et établissements médico-sociaux). Son montant pour 2005 a été fixé à 165 millions d'Euros²⁹ et est en constante augmentation depuis sa création.

2002	2003	2004	2005	<i>Evolution du montant de la DNDR depuis sa création en millions d'euros.</i>
23	46	125	165	

Les données qui suivent, issues des rapports d'activité régionaux, présentent un état des lieux dans les 26 régions³⁰. En terme d'activité sur les 204 dossiers qui ont été étudiés par les instances régionales en 2002 et 2003 :

- 143 dossiers ont été financés uniquement sur la DNDR 2003, dont 7 sont des réseaux inter régionaux,
- 38 dossiers ont été financés sur la DNDR 2002 et 2003,
- 16 dossiers ont été financés sur la DNDR 2002.

Ainsi, le nombre de réseaux financés sur la DNDR 2003 est de 181³¹.

Par ailleurs, en 2004, le budget du FAQSV s'élevait à 106 millions d'euros : 20% sont consacrés aux actions nationales et plurirégionales et 80 % aux actions régionales³².

²⁸ Revue ADPS. Duriez.

²⁹ Arrêté du 9 mai 2005 portant détermination de la DNDR pour 2005, JO du 31 mai 2005.

³⁰ Rapport de l'Assurance Maladie sur la DRDR 2003

³¹ Rapport de l'assurance Maladie sur la DRDR 2003

³² Site Internet AMELI

	2001	2002	2003	2004
Montants accordés	17.6	22.7	22.2	24.4
Projets financés	123	152	172	195 (157 réseaux)

Le financement des actions de coordination (essentiellement réseaux) par le FAQSV en millions d'euros³³

1.3.3 Les limites de l'approche thématique

De nombreuses tentatives de typologies ont été réalisées mais aucune ne peut rendre compte réellement de la diversité des réseaux.

L'approche institutionnelle (par le type d'acteurs en jeu) est insuffisante même si elle permet de dégager la place importante de l'hôpital omniprésent dans les réseaux. On a pu à cet égard parler d'hospitalocentrisme.

L'approche thématique reste une grille de lecture importante et reprise par les pouvoirs publics comme nous l'a confirmé la DHOS. Dans cette perspective, plusieurs circulaires devraient paraître d'ici la fin de l'année 2006 sur chaque thématique choisie. La première de ces circulaires est parue le 30 mars s'agissant de la périnatalité.

Selon Didier Ménard³⁴, les réseaux sont nés sur des terrains qui n'étaient pris en charge par personne : exclusion, Sida, toxicomanie. Ils sont nés de la volonté des acteurs sur le terrain et revendiquent aujourd'hui une autonomie et une identité. L'approche thématique, c'est-à-dire par type de pathologie, a été la règle du développement des réseaux. Ce développement a eu pour conséquence une multiplication des réseaux de façon presque « anarchique » ne permettant pas forcément d'assurer une cohérence d'ensemble sur tout le territoire.

1.3.4 Pour une approche territoriale

A) L'enjeu du « réseau territorial »

La notion de réseau territorial est sans conteste un enjeu majeur aujourd'hui comme nous l'ont confirmé la plupart de nos intervenants³⁵. Avec la réflexion autour des SROS de troisième génération par les ARH, le territoire de santé est désormais le cadre de réflexion de la politique d'offre de soins en France.

Les réseaux, parce qu'ils se sont développés de manière peu harmonieuse, ne se sont pas d'emblée intégrés de manière optimale dans cette dynamique territoriale. Cependant, les ARH ont inclus dans les derniers SROS une réflexion sur l'organisation

³³ Document EN3S. L'organisation des soins, l'exemple des réseaux. 31 mai 2005.

³⁴ Hospimédia, 12 novembre 2002, « entretien avec Didier Ménard ».

³⁵ Voir notamment en annexe les entretiens avec la DHOS et la CNAMTS.

des réseaux de santé en essayant de rationaliser leur présence au sein d'un territoire de santé.

B) La crainte de l'inégalité entre territoires

Le mouvement de décentralisation associé à la régionalisation des politiques de santé appelle l'attention sur le risque d'une inégalité entre territoires.

Souligné par la MSA³⁶, ce risque est déjà réel dans certaines régions. Force est de constater que les financements ainsi que la prise en charge d'une partie du fonctionnement du réseau sont diversement appréciés suivant les régions. Le fonctionnement même des ARH et URCAM peut paraître hétérogène ce qui pose la question du maintien du principe d'égalité d'accès aux soins en France.

Toutes les interrogations issues du développement insuffisamment organisé des réseaux de santé appellent à une réflexion stratégique. Le rôle et l'implication des différents acteurs sont essentiels dans ce processus. De cette analyse découlent plusieurs perspectives d'évolution s'agissant du maintien en l'état du dispositif dans le cadre de la réforme plus globale de l'Assurance maladie.

³⁶ Voir en annexe l'entretien avec la MSA.

2 Quelles perspectives de développement pour les réseaux ?

Les réseaux de santé étant encore en phase de démarrage, il convient de s'interroger sur leur avenir (généralisation, développement limité ou abandon) compte tenu des positions des différents acteurs et de l'environnement des réseaux de santé.

2.1 Un effet incertain sur l'organisation des soins

2.1.1 Les leçons tirées du positionnement des acteurs et de la mise en œuvre des réseaux de santé

A) Le positionnement des acteurs institutionnels

a) *L'évolution des réseaux selon la DHOS*

Au sein du ministère de la santé, la DHOS exerce un rôle de coordination nationale du dispositif des réseaux de santé. La politique des réseaux qu'elle a élaborée vise plusieurs objectifs :

- en premier lieu, une meilleure organisation de l'offre de soins , en contribuant au décloisonnement des professions de santé, en rassemblant les acteurs autour d'une prise en charge commune du patient³⁷. Ceci se traduit par le partage de l'information, la pluridisciplinarité et le dépassement des frontières traditionnelles. L'effet sur une meilleure intégration des acteurs du secteur social est donné en exemple.
- Le réseau de santé apparaît, par ailleurs, comme un outil d'adaptation de l'offre de soins à l'évolution des besoins grâce à sa souplesse et à son ancrage sur le terrain.
- En matière de santé publique, les réseaux de santé sont appelés à jouer un rôle important dans le domaine de la prévention. Ils permettent une meilleure diffusion des messages de santé publique et, sur le plan local, de cibler certaines formes de pathologies plus particulièrement prégnantes sur un territoire donné³⁸.

C'est donc naturellement que la DHOS apporte tout son soutien, tant financier que normatif, au développement des réseaux de santé. L'enveloppe financière a été renforcée. La dotation nationale de développement des réseaux a été multipliée par 7 depuis sa création en 2002 pour atteindre 165 millions d'euros en 2005.

³⁷ Entretien, DHOS, 15 mai 2006

³⁸ idem

Selon la DHOS, les réseaux de santé ne peuvent pas être considérés comme le nouveau principe d'organisation des soins primaires, mais ils constituent un outil de coopération parmi d'autres. Ils sont à la disposition du médecin traitant qui occupe la place centrale de l'offre de soins³⁹.

Les moyens utilisés par la DHOS sont essentiellement financiers et réglementaires. Le montant de l'enveloppe financière consacrée à la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) est en augmentation depuis sa création en 2002 et s'élève en 2005 à 165 millions d'euros. La DHOS travaille actuellement à la rédaction de circulaires afin d'orienter les réseaux de santé selon deux directions. En premier lieu, une série de circulaires devraient être publiées avant la fin de l'année afin de préciser le cadre spécifique propre à chaque thématique (périnatalité⁴⁰, gérontologie, soins palliatifs, santé mentale, ...) dans le même esprit que la circulaire du 30 mars 2006 relative aux réseaux de périnatalité. D'autre part, une autre circulaire est en cours d'élaboration sur la notion de réseau au sein d'un territoire⁴¹.

La DHOS travaille également à améliorer la mise en œuvre du dispositif. Certes, l'analyse des évolutions en cours est limitée par le manque d'évaluation du fait du caractère récent du dispositif. Pour autant, elle a identifié plusieurs pistes de travail⁴² :

- inscrire davantage le développement des réseaux de santé dans un cadre territorial (SROS et notamment territoires de santé). Une circulaire est en cours d'élaboration sur ces sujets⁴³.
- proposer un cadre plus précis aux réseaux sans pour autant remettre en cause la démarche qui consiste à s'appuyer sur des initiatives issues du terrain. Une série de circulaires devrait être publiée avant la fin de 2006 afin de préciser le cadre spécifique propre à chaque thématique (périnatalité⁴⁴, gérontologie, soins palliatifs, santé mentale, etc.) dans le même esprit que la circulaire du 30 mars 2006 relative aux réseaux de périnatalité.
- clarifier, voire simplifier, la démarche.
- donner davantage de cohérence à l'existant.

b) Les acteurs régionaux (MRS, ARH, URCAM, CRAM, DRASS) :

Les autorités régionales, chargées de la mise en œuvre des réseaux de santé, considèrent les réseaux de santé comme un moyen au service de la mise en

³⁹ idem

⁴⁰ Circulaire DHOS/CNAMTS 2006-151 du 30 mars 2006.

⁴¹ Groupe de travail « Réseaux et Territoire », ONRS.

⁴² Entretien, DHOS, 15 mai 2006

⁴³ Groupe de travail « Réseaux et Territoire », ONRS.

⁴⁴ Circulaire DHOS/CNAMTS 2006-151 du 30 mars 2006.

pratique de la démocratie sanitaire⁴⁵ et de l'amélioration de l'organisation des soins⁴⁶. Ainsi, l'un des intérêts majeurs du réseau est d'être un outil de coordination. Il doit notamment en résulter une meilleure lisibilité du circuit de santé ville-hôpital et de ses complémentarités pour le patient⁴⁷. Ceci implique en premier lieu d'éviter deux écueils au moment de la constitution des réseaux : l'hospitalo-centrisme d'une part, et l'excès d'individualisme de la médecine libérale, d'autre part. Ceci entraîne notamment un rejet des dossiers de demande de financement DRDR dès la phase de l'instruction pour les réseaux trop dominés par l'hôpital⁴⁸. Les critères d'acceptation des dossiers sont clairement mis au service de cette volonté de favoriser la coordination. Parmi ses critères d'examen, l'ARH de Lille favorise : la démarche participative, le travail en pluridisciplinarité, le fonctionnement égalitaire des membres⁴⁹.

- Une démarche d'accompagnement des promoteurs :

En région Bretagne, les réseaux de santé candidats à l'attribution d'un financement DRDR bénéficient d'un accompagnement important de la MRS. Les acteurs sont conscients du risque de confusion des rôles dans la mesure ou c'est à la MRS que revient le pouvoir de décision à la fin du processus d'instruction. Ce mode opératoire permet de soutenir les réseaux de santé en formation tout en les encadrant, c'est-à-dire en s'assurant qu'ils s'inscrivent bien dans les objectifs de l'institution. On peut également y déceler un processus de formation réciproque entre promoteurs des réseaux et les membres du secrétariat technique de la MRS.

Ces caractéristiques ne correspondent-elles pas au caractère que l'on pourrait qualifier d'expérimental de cette première phase ? Le développement des réseaux au cours de la période 2004 – 2006 peut sembler répondre à une logique de pépinière de réseaux de santé. Il s'agirait donc en priorité de permettre l'émergence des réseaux puis d'analyser leurs difficultés de fonctionnement et de mesurer leur impact sur l'organisation des soins. Le choix de l'auto-évaluation⁵⁰ au détriment d'une évaluation externe peut sembler relever de la même logique et privilégie l'accompagnement et la mutualisation de l'information entre financeurs et promoteurs aux dépens de l'objectivité de l'évaluation externe.

⁴⁵ Entretien avec le chargé de mission réseaux de santé, ARH, 15 mai 2006.

⁴⁶ Annie Podeur, directrice de l'ARH Bretagne, et Claude Humbert, directeur de l'URCAM de Bretagne. Editorial commun de la plaquette de la MRS intitulée « les réseaux de santé financés en Bretagne », réalisée à l'occasion du colloque de Vannes du 13 octobre 2005.

⁴⁷ Entretien avec un chargé de mission, CRAM, 15 mai 2006.

⁴⁸ Idem

⁴⁹ Entretien ARH du Nord Pas-de-Calais, 15 mai 2006.

⁵⁰ Les principales raisons exposées pour justifier le choix de l'auto-évaluation sont le moindre coût, la volonté de favoriser l'intériorisation de la démarche, la mutualisation, le souci d'éviter l'amalgame entre évaluation et contrôle, la plus grande mobilisation des acteurs.

- Le rôle de la MRS dans la création et la gestion des réseaux :

Par nature, les réseaux de santé émanent du terrain mais leur foisonnement nuit à la lisibilité du système tant pour les praticiens que pour les patients et les financeurs. La MRS de Bretagne laisse émerger les propositions à partir des expériences de terrain et ne lance pas d'appel d'offre pour orienter les propositions de création contrairement, contrairement par exemple, à la région PACA où l'ARH et l'URCAM encouragent la création de réseaux par appel d'offre⁵¹. En région Bretagne, la volonté affichée est d'accompagner l'existant en favorisant la mutualisation. Toutefois, l'inscription de l'adolescence (cf. maison de l'adolescent) au titre des priorités 2006 de la MRS peut constituer un début d'orientation⁵². Pour sa part, l'ARH du Nord Pas-de-Calais envisage de fixer des critères plus directifs pour la création d'un réseau de santé. Des directives seront données concernant les lieux d'installation en fonction des besoins et de l'offre déjà en place⁵³. Dans un contexte de foisonnement des réseaux, la volonté de rationaliser l'offre de soins pourrait entrer en tension avec l'attachement des promoteurs de réseaux, notamment libéraux, à la liberté d'initiative des professionnels de terrain. Les mesures d'incitation devront être souples et ouvertes et/ou être assorties de moyens attractifs pour compenser la perte d'autonomie.

Il est difficile pour les autorités régionales de formuler un diagnostic solide sur l'état actuel des réseaux de santé dans la mesure où la phase d'évaluation est en cours. Par ailleurs, ces institutions manquent d'éléments statistiques tant sur le nombre d'utilisateurs impliqués dans les réseaux⁵⁴ que sur la part représentée par les médecins engagés dans un réseau⁵⁵.

B) Un positionnement divergeant des professionnels de santé

Les obstacles au développement des réseaux de santé sont à la fois d'ordre interne (propres aux représentations des professionnels : appréhension subjective ou choix stratégiques des professionnels) et externe (ce qui ne relève pas des représentations mais des effets de l'organisation des soins).

a) *La conception des réseaux selon les professionnels de santé*

Nous pouvons noter à l'issue de nos travaux (entretiens et lectures) qu'il n'existe pas d'unanimité quant à l'intérêt des réseaux de santé. Ainsi, il y a autant de conceptions que de professionnels avec un clivage davantage marqué entre les praticiens

⁵¹ Entretien avec le docteur P., coordonnateur de réseau, 16 mai 2006

⁵² Entretien avec le chargé de mission réseaux de santé, CRAM de Bretagne, 15 mai 2006.

⁵³ Entretien, ARH du Nord Pas-de-Calais, 15 mai 2006.

⁵⁴ Entretien, ARH du Nord Pas-de-Calais, 15 mai 2006.

⁵⁵ Entretien, CRAM de Bretagne, 15 mai 2006.

hospitaliers et les libéraux. Selon le docteur P, praticien hospitalier et coordonnateur d'un réseau de santé en région PACA, le « réseau de santé est un mode d'organisation souple permettant de répondre à des problèmes de prise en charge de patients en s'appuyant sur l'existant. »⁵⁶. Il permet une coordination de tous les acteurs ce qui conduit à améliorer leurs performances

Le point de vue des médecins libéraux est plus mitigé quant à l'organisation en réseau. Les critiques portent sur l'appréhension du dispositif : certains dénoncent un manque de lisibilité avec une multiplicité de réseaux et d'acteurs pas toujours identifiés ; d'autres s'interrogent sur l'organisation et les finalités des réseaux : une sorte d'outil politique privant les patients des professionnels de santé dont ils auraient besoin : « on enlève des soignants à leur rôle de soignants pour faire de la coordination »⁵⁷. Certains reconnaissent néanmoins leur apport positif pour eux-mêmes ou le patient : un système favorable à l'accompagnement (notamment psychologique) des malades ; un gain de temps dans leur prise en charge, en évitant l'hospitalisation.

L'implication au sein d'un réseau de santé recouvre également des réalités différentes selon que l'on est un professionnel de santé libéral ou hospitalier. Un médecin libéral s'engage dans un réseau sur la base du volontariat. Selon lui, le temps qu'il y consacre n'est pas du temps pour la prise en charge de ses patients. S'il conserve sa clientèle privée habituelle, le médecin perçoit donc souvent la participation active aux réseaux comme une surcharge de travail. De plus le temps consacré au travail en réseau peut s'ajouter à d'autres activités annexes pour lesquelles les médecins sont très souvent sollicités (société savantes, associations, club de soins, enseignement,...)⁵⁸. Cet argument doit néanmoins être fortement relativisé, dans la mesure où, par exemple, de nombreux réseaux indemnisent aux médecins leur participation⁵⁹.

L'engagement des médecins hospitaliers dans un réseau semble plus fréquent en raison de leur statut particulier de salarié. Ils ont donc « un autre rapport au temps que les libéraux »⁶⁰.

b) Les obstacles rencontrés par les professionnels de santé

Selon les professionnels de santé, les obstacles au développement des réseaux sont nombreux. La principale limite, de par ses conséquences, est l'absence d'une culture de travail en réseau.

⁵⁶ Entretien avec le docteur P. le 16/05/06.

⁵⁷ Entretien avec M.G., URML de Midi-Pyrénées du 15/05/2006.

⁵⁸ Propos recueillis lors de l'entretien avec F.X Schweyer du 12/05/2006.

⁵⁹ Entretien avec M. LeM, médecin généraliste, Président de DOMIPALLIA du 17/05/2006.

⁶⁰ F.X Schweyer, Créer et piloter un réseau de santé, 2002, éditions ENSP, p. 18.

En effet, le système français de santé repose notamment sur les principes de la médecine libérale qui induisent principalement une liberté de choix des médecins par les patients et le paiement à l'acte. Cela les amène à travailler de manière plus individualiste. Dans ce contexte, le réseau est perçu comme une atteinte à leur liberté, d'où une très forte réticence (voire un certain conservatisme selon certains) des médecins libéraux et des difficultés à travailler autrement, par exemple en partenariat.

La formation pourrait corriger ces présupposés. Mais les professionnels de santé n'ont pas été sensibilisés dès leur formation initiale (essentiellement hospitalière), à l'intérêt des réseaux⁶¹. Ils n'en perçoivent donc pas les apports en termes d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. On peut également regretter l'absence de la formation continue avant toute participation active à un réseau de santé.

Dès lors, chaque professionnel a, en toute bonne foi, sa propre conception d'une bonne prise en charge des patients. Mais cette diversité, non harmonisée, a pour conséquence :

- un cloisonnement des savoirs qui engendre une communication difficile entre les différents corps de professionnels de santé (pharmaciens, médecins, infirmiers,...) ;
- un cloisonnement à l'intérieur même des corps de métier, si le mode de travail est différent. Ainsi, dans les réseaux ville-hôpital, la relation entre libéraux et hospitaliers serait trop inégale au détriment des premiers : les médecins libéraux ne seraient alors qu'une « variable d'ajustement ».⁶²

Le travail en réseau implique nécessairement un travail administratif lourd (constitution de dossiers,...) grevant le temps consacré à la prise en charge des malades⁶³.

Enfin, une crainte est évoquée par les médecins libéraux : celle de « perdre » des patients⁶⁴ ce qui dénote la perception concurrentielle du réseau par les généralistes.

La question spécifique du mode de rémunération

La rémunération à l'acte est un autre obstacle au développement des réseaux. En effet, les médecins payés à l'acte consultent plus longtemps et plus souvent, au profit du patient. Ils travaillent plus longtemps, 54 heures par semaine en moyenne, . Ils voient chaque client 14 minutes, et prescrivent un tiers de plus que les autres.

Dans ce cadre, ils ont alors intérêt à accroître leur production et à se différencier en proposant des services plus importants (prescription d'analyses,

⁶¹ Entretien avec M.P. du 16/05/2006.

⁶² Entretien avec M. Le M, médecin généraliste, Président de réseau, le 17/05/2006.

⁶³ Entretien avec M.G., URML Midi-Pyrénées, le 15/05/2006.

d'examens, de congés maladie) contribuant par ailleurs à la progression des dépenses de santé⁶⁵.

Multiplier les actes serait donc une source de revenu additionnel surtout quand les équipements doivent être amortis. Ceci explique que les médecins français ont des revenus d'autant plus élevés que leur activité est plus technique. Par exemple, les mieux rémunérés sont les radiologues malgré l'importance de leurs frais professionnels. Le mode de rémunération à l'acte peut donc inciter à abandonner la médecine générale ou de famille au profit de la médecine spécialisée.

Par ailleurs, la rémunération à l'acte n'incite pas à une médecine de prévention. Ces actes sont tarifés à un niveau qui ne les rend pas suffisamment attractifs. Ils ne correspondent que rarement à une demande spontanée des patients. Enfin, la prévention est susceptible de réduire la clientèle future. Ainsi, tout porte à croire que le paiement à l'acte semble avoir des conséquences sur le comportement des professionnels de santé.

A cet égard, les partisans de son maintien, c'est-à-dire La grande majorité des médecins de villes, affirment qu'il leur confère une plus grande liberté et l'assurance d'une continuité des soins. Cependant, ce mode de rémunération semble être un obstacle au développement des réseaux. En effet, les médecins adhérents d'un réseau reçoivent un forfait ou sont rémunérés à la capitation (au nombre de patients). Ils ne peuvent donc plus ajuster le montant de leur rémunération comme leur permet le paiement à l'acte.

C) Le positionnement des usagers

Les réseaux devraient avoir pour objectif de faire travailler les différents professionnels ensemble dans de nouvelles pratiques médicales afin que le patient devienne acteur de sa santé.).

Ainsi, le but principal du réseau, qui serait l'amélioration de la prise en charge des patients, semblerait quelque peu oublié derrière l'objectif de coordination. Il faut donc redonner toute sa place à l'usager qui est au cœur du système de santé et donc des réseaux.

Le réseau doit également se fixer comme objectif de permettre au patient d'avoir une vision claire de l'offre de soins coordonnés ville-hôpital en fonction de sa

⁶⁴ Entretien avec M.P, médecin libéral de la région toulousaine du 12/05/2006.

⁶⁵ Étude de B. Majnoni d'Intignano, « incitations financières et concurrence dans les systèmes de santé », 1991.

pathologie à sa sortie de l'hôpital⁶⁶. L'orientation vers un réseau peut, par ailleurs, souvent être une alternative à l'hospitalisation⁶⁷.

Cependant, l'usager doit se sentir libre de faire partie ou non d'un réseau. L'obligation d'adhésion est en effet perçue comme l'un des freins essentiels à la participation des usagers aux réseaux. Les médecins traitants devront alors faire tout un travail d'information et de communication sur les réseaux pour que le choix soit celui du patient et non du médecin.

D) Les interrogations sur une politique des réseaux : demande, difficultés et perspectives

Malgré les divergences évoquées ci-dessus, tous les acteurs opérationnels interviewés demandent l'explicitation d'une politique des réseaux de santé :

- selon une DRASS, une telle politique n'existe pas, au niveau national (pas de coordination nationale), régional (l'ARH se réfère plus au SROS, l'URCAM se réfère plus au PRSP) et interrégional (il n'y a pas de partage entre les régions sur qui fait quoi) ;
- pour une URCAM, « l'ensemble des acteurs de santé seraient demandeurs d'une politique de réseaux. (...) Il faut trouver un juste milieu entre laisser monter les initiatives locales et leur cadrage. »
- un ancien responsable de réseaux : « Non. On ne sait pas où veulent aller les pouvoirs publics. Ils semblent être aujourd'hui contre les réseaux. (...) Cf. les SROS 3 : quelle est la place faite pour les réseaux ? Cf. ARH : quelle politique des réseaux ? » ;
- une mutuelle nationale : « Il n'existe pas de politique nationale des réseaux. La notion même de réseau est complexe. (...) Des incertitudes ne sont pourtant pas levées : le réseau a-t-il une fonction de coordination ou d'organisation ? » ;
- les représentants de professionnels de santé demandent implicitement une politique des réseaux, dans la mesure où ils constatent des obstacles, et qu'ils ne se positionnent pas comme opposants complets au principe des réseaux.

Il est sans doute utile de préciser ici ce qu'on entend par politique : 1) la définition d'objectifs, 2) la dotation en moyens pour atteindre ces objectifs 3) la mise en œuvre des moyens pour atteindre les objectifs 4) enfin l'évaluation pour voir si l'action a atteint les

⁶⁶ Entretien avec M.LeM, médecin généraliste, Président de réseau, 17/05/2006.

⁶⁷ Entretien avec M.P, médecin libéral de la région toulousaine du 12/05/2006.

objectifs, si ce n'est pas le cas, la recherche d'explications pour rechercher les causes d'échec et proposer des moyens pour améliorer les phases 1) à 3).

Certes, des objectifs ont été énoncés, notamment par la loi du 4 mars 2002 et ses textes d'application. Les moyens existaient, ainsi que leur mise en œuvre. C'est très probablement la phase d'évaluation qui a été moins développée.

Pourquoi avoir donc mis en place une procédure parfois peu claire d'évaluation ? Compte tenu de la discrétion des acteurs sur ce point, on ne peut que formuler quelques hypothèses :

- la volonté de maintenir un dispositif qui en valeur absolue est non négligeable mais proportionnellement négligeable par rapport aux dépenses d'assurance maladie ;
- le souhait de laisser émerger les réseaux dans la durée pour estimer leur pérennité, et de laisser le temps aux acteurs de modifier leur comportement ; ;
- la difficulté, compte tenu des effets de démarrage, d'évaluer à court terme l'impact sur la santé publique. ;
- si une démarche coercitive avait été adoptée, le risque était très élevé que les réseaux ne marcheront pas

Une démarche à bien des égards exemplaire existe. Il s'agit de du soutien par la Mutualité sociale agricole à 19 réseaux gérontologiques qu'elle avait promu dès 1998. Les résultats de l'évaluation de 2004 montrent de bons résultats : 1) bonne participation des médecins (70 %) et des patients (51%) ; 2) impact positif en matière de santé publique, avec une baisse du taux de décès ; 3) moins de ressources consommées, avec un plus faible coût essentiellement dû à une diminution des journées d'hospitalisation. Il est toutefois à souligner le cumul de facteurs positifs dont ont bénéficié ces réseaux : ils ont été fortement soutenus par la MSA dès leur début, ont obtenu l'agrément de la commission Soubie et donc avaient une plus grande ancienneté que les réseaux créés après la loi de 2002 ; ils se sont insérés naturellement dans un milieu rural où le réseau est pertinent compte tenu de la faible démographie médico-soignante.

Le récent rapport de l'IGAS sur les réseaux de santé ⁶⁸ a souligné le défaut de politique des réseaux (« le portage politique (...) fait défaut) et le manque de pilotage et d'évaluation. Il est possible que ce rapport fasse évoluer la politique des réseaux vers plus de volontarisme.

⁶⁸ non diffusé publiquement, mais dont les principales conclusions étaient indiquées dans le Monde du 18 mai 2006 et le Quotidien du médecin du 22 mai 2006

2.1.2 L'articulation avec le dossier patient

A) Quelles leçons tirer des expériences étrangères ?

Le but poursuivi par l'institution de réseaux est la rationalisation des processus de dispensation des soins et des processus de financement. Aux Etats-Unis, les réseaux font partie intégrante des modèles initiés par les assurances privées sous le nom de Managed Care. Il se définit comme l'ensemble des systèmes et des techniques utilisés par toute entité de délivrance, d'administration ou d'assurance dans la santé, pour contrôler ou pour influencer la qualité, l'accessibilité, l'utilisation, le coût et le prix des services de santé pour une population déterminée.

Différentes réformes structurelles importantes mises en œuvre en Europe s'en sont inspirées. Elles se sont adaptées aux contextes institutionnels des différents systèmes, aux valeurs et aux rapports entre prestataires de soins, institutions, usagers.

Un des points fondamentaux de ces modèles réside dans le fait que l'accent a été placé sur les soins primaires. C'est à partir du généraliste que se développe un réseau de soins conçu dans un objectif de rationalisation de la filière du malade mais aussi en fonction de la recherche d'une plus grande efficacité.

Par exemple, en Angleterre, les médecins généralistes sont les pivots du système de soins et pour le patient un passage obligé pour accéder aux soins spécialisés. Ils ont un rôle de « Gate Keeper ». L'utilisateur ne peut, sauf urgence, se rendre à l'hôpital qu'après avoir consulté un médecin généraliste. Chaque personne est tenue de s'inscrire sur la liste d'un médecin généraliste de son choix pour une durée minimum d'un an ce qui signifie que, durant cette période, les patients ne peuvent, sauf circonstances exceptionnelles, consulter un autre médecin. À l'exception des zones rurales, les généralistes britanniques exercent généralement en cabinet de groupe. Le mode de paiement des médecins comprend une enveloppe fixe qui couvre les frais de fonctionnement généraux des cabinets, une rémunération annuelle en fonction du nombre de personnes inscrites, des paiements à l'acte pour certains types de services (comme la contraception) et des primes attribuées en fonction de l'implication du praticien en termes de prévention ou de prise en charge des maladies chroniques. La part des rémunérations par capitation représente environ 50 % du revenu des médecins.

Les médecins spécialistes exercent exclusivement à l'hôpital et ont un statut salarié. Ces médecins ont toutefois la possibilité de travailler dans le secteur privé en étant rémunéré à l'acte, dans la limite de 10 % de leur salaire quand ils sont employés à temps plein par le National Health Service.

Cependant, ce système génère des listes d'attente pour consulter un spécialiste ou avant une intervention chirurgicale. Il s'agit d'un problème récurrent du NHS et d'un thème de débat permanent. Au 1^{er} janvier 2002, plus d'un million de personnes étaient inscrites sur des listes d'attente dont 30 000 depuis plus d'un an. Un quart des patients attendent plus de 3 mois pour avoir un rendez-vous avec un médecin spécialiste. Le gouvernement a décidé, au début de l'année 2002, de faire effectuer certaines interventions chirurgicales, dont les délais d'attente étaient excessifs, dans des structures de soins à l'étranger. Il a également encouragé les services du NHS à sous-traiter une partie de son activité chirurgicale au secteur privé.

B) La situation française

En France, la réforme de l'assurance maladie de 2004 tente d'organiser différemment les parcours de soins. Dans l'organisation des soins, le médecin généraliste n'était pas la « cheville ouvrière ». Il n'en contrôlait pas l'accès, ce qui favorisait, le nomadisme médical, la duplication des actes et les gaspillages.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, introduit la mesure dite du « médecin traitant » et du parcours de soins coordonnés. Dans le principe, il a un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. Généraliste ou spécialiste, le médecin traitant adresse le patient, avec son accord, vers le professionnel de santé le plus apte à traiter sa situation spécifique. Les consultations de contrôle, de prévention ou prévues dans un protocole ne nécessitent pas d'orientation préalable. De même, l'accès à certains spécialistes tels les pédiatres et les gynécologues peut se faire directement sans que le patient ait été préalablement orienté. En revanche, pour toute autre consultation, le patient doit préalablement avoir été orienté - y compris pour les consultations dans les établissements hospitaliers.

Toutefois, le patient demeure libre non seulement de choisir ou non un médecin traitant, mais aussi d'accéder à un médecin spécialiste en dehors de l'orientation par son médecin traitant. Il sera alors « pénalisé » en terme de remboursement.

En parallèle, l'objectif est de créer pour chaque assuré un dossier médical personnel (DMP) qui centralisera toutes ses informations de santé, avec un volet « prévention ». Grâce à l'information partagée, il facilitera une prise en charge coordonnée des soins, et permettra, par exemple, de réduire les interactions médicamenteuses. En améliorant l'information des différents praticiens qui traitent un même patient, les promoteurs du projet espèrent mieux coordonner le parcours du patient. Le dossier médical personnel a donc pour objectif d'améliorer la santé des patients et l'efficacité des soins, de « soigner mieux en dépensant mieux ».

2.2 Des propositions pour un développement des réseaux.⁶⁹

2.2.1 Clarifier le dispositif au niveau stratégique

- **Clarifier le rôle des réseaux et leur articulation et établir un cahier des charges légal** : certains interlocuteurs souhaitent la parution de textes réglementaires complémentaires afin de mieux définir les modalités de création d'un réseau et ses missions.

D'autres souhaitent plus de transparence, de souplesse et de liberté d'entreprendre dans l'esprit des réseaux informels.

- **Redéfinir l'objectif et les modalités de l'évaluation**

L'évaluation devrait avoir pour objectif de concourir à tirer les enseignements positifs (pour mutualisation) et négatifs (pour correction après une analyse approfondie des motifs) de la mise en œuvre des réseaux de santé. Dans ce cadre, une évaluation exhaustive n'est pas nécessaire. Des évaluations externes, en nombre limité mais significatif (par rapport aux pathologies, aux territoires, aux types de réseaux) pourraient être menées. Sur la base du volontariat, des départements ou des régions tests, seraient candidats pour une évaluation approfondie. Les évaluations pourraient être annuelles par roulement.

- **Mener une réflexion sur le problème de la rémunération des actes** : certains interlocuteurs médicaux dénoncent les effets de la convention médicale qui privilégie le paiement des actes techniques au détriment d'actes de prévention ou d'éducation. Ils souhaitent l'ouverture de la **convention médicale** à d'autres types de traitement.

2.2.2 Améliorer la mise en œuvre technique

- **Professionaliser et valoriser la fonction de coordonnateur** : en mettant en place une meilleure lisibilité du statut, une formation spécifique, voire une incitation financière.

Cependant, il existe des expériences de réseaux où il n'y a pas de coordonnateur mais des personnes relais afin de favoriser la transversalité plutôt qu'une organisation hiérarchique. Les médecins généralistes semblent plus attachés à cette alternative.

⁶⁹ Les propositions provenant des personnes interviewées sont mentionnées en italique.

- **Mettre en place des plateformes globales:** pour une meilleure coordination inter réseau, afin de mutualiser des moyens et des ressources tant en personnel qu'en matériel. Cela peut se traduire par la mise en place de centres de gestion informatisée des subventions (FAQSV, DRDR) et des bilans d'activité.
- **Développer des structures de conseil au niveau régional :** afin de renforcer l'information, la communication et les techniques de management au sein des réseaux. Une structure légère de type associatif fonctionne actuellement en Bretagne.

2.2.3 Mieux associer tous les acteurs

- **Intégrer les associations d'usagers** à la réflexion sur les réseaux dans les groupes de travail.
- **Développer un partenariat actif et efficace entre les réseaux et les médecins libéraux non participants** est une piste évoquée par certains médecins généralistes rencontrés. Elle favoriserait l'adhésion des professionnels libéraux car elle pourrait permettre le renforcement de liens dans le parcours de soins et l'émergence d'une culture commune.
- **Mettre en place des réseaux de proximité :** certains évoquent la notion de réseau « de quartier » c'est-à-dire à petite échelle, au plus près du malade, pour une optimisation des pratiques soignantes ; d'autres le regroupement de médecins généralistes et de professionnels de santé en réseaux de ville ou en maison médicale.
- **Etablir un équilibre entre le sanitaire et le social :** les réseaux de santé sont investis prioritairement d'une mission médicale. La plupart du temps elle est curative, au détriment d'une mission plus globale essentielle à l'utilisateur qui associe les soins de santé primaire et la prise en charge sociale. Les Collectivités Territoriales ont à ce titre un rôle prépondérant qui ne semble pas toujours investi. Les réseaux de santé peuvent permettre de dépasser ce cloisonnement en associant les professionnels du secteur social plus étroitement qu'ils ne le sont actuellement en liaison avec les institutionnels locaux. Se pose alors la question des modalités de financement, du fait du manque de lisibilité actuel et de leur diversité (APA, CLIC, compensation du handicap...).

2.2.4 Améliorer la formation

- **Développer une culture de réseau dès la formation initiale des professionnels et particulièrement des médecins :**

Une réforme de la formation initiale semble être la solution pour la majorité des interlocuteurs rencontrés. Il s'agirait d'inscrire très tôt des éléments sur l'organisation des soins, la notion de réseau et l'intérêt à les développer.

- **Renforcer la mise en œuvre des actions de formation continue :** certains interlocuteurs évoquent la difficulté à se former par le manque de compensation financière. Ainsi, le réseau peut faciliter l'accès à la formation des professionnels libéraux en proposant des actions spécifiques (bonnes pratiques techniques, spécialisation) financées partiellement afin de compenser le manque à gagner. D'autres considèrent que la formation continue peut favoriser les contacts entre professionnels isolés et l'émergence de nouveaux réseaux informels.

Conclusion

L'émergence depuis ces 20 dernières de nouvelles formes de prise en charge des patients constitue un élément de poids dans la réorganisation du système de soins français. La conception prégnante et exigeante des usagers, désireux de bénéficier des meilleurs soins à domicile, s'est peu à peu imposée.

En effet, les alternatives à l'hospitalisation, le maintien à domicile et la coordination des soins hors hôpital ont instauré de nouvelles pratiques professionnelles en réseaux nécessitant de repenser notre système de santé. C'est ainsi que les réseaux de santé, souvent issus d'initiatives locales et associatives, se sont constitués de manière artisanale.

Confronté à cette évolution des mentalités en matière de santé publique et contraint par des exigences financières accrues, le législateur, depuis une dizaine d'années, n'a eu de cesse de répondre à ces objectifs de qualité des soins et de maîtrise des coûts. Semblant être le cadre le plus approprié pour répondre à de telles missions, il n'a cessé de les structurer et de les formaliser au travers de nombreux textes réglementaires.

L'analyse des dispositifs des réseaux de santé que nous avons menée peut être très schématiquement résumée sous deux angles : au niveau interne dans leur fonctionnement et leur production, et au niveau externe, avec leur environnement au sens large : lois, articulation des réseaux entre eux, etc. Les acteurs se situent de part et d'autre de cette ligne de partage.

Du point de vue interne, il semblerait que des réseaux de santé démontreraient leur capacité à améliorer la prise en charge des malades dans le cadre des soins primaires : leur création répondait historiquement à des besoins peu ou pas satisfaits (tuberculose, gérontologie, SIDA, toxicomanie) ; une étude de la MSA⁷⁰, portant sur 17 réseaux gérontologiques similaires, montre quantitativement leur succès en matière de santé publique. Les réseaux de santé dans leur ensemble gagneraient à de telles évaluations groupées, soit pour y gagner en légitimité, soit pour réorienter leurs actions.

Toutefois, en l'absence de réel bilan global chiffré et d'évaluations précises (à la fois par rapport aux objectifs fixés initialement, et à ceux qui apparaîtraient aujourd'hui) associant administratifs, médico-soignants, mais aussi sociologues et statisticiens, le discours sur les réseaux de santé risque de ne pas quitter le niveau, certes éminemment

⁷⁰ Référence à insérer

respectable, des convictions des acteurs. Pourtant, ce bilan pourrait déjà commencer à être établi, compte tenu du nombre déjà important de réseaux et de leur durée de vie.

Même s'il apparaissait décevant, comme l'affirme l'IGAS dans un rapport de mai 2006 non diffusé à ce jour⁷¹, il mettrait à jour des aspects internes à améliorer, avant de permettre un soutien externe, par un financement pérennisé, et un éventuel changement progressif d'échelle dans l'utilisation de l'outil des réseaux de santé.

Du point de vue externe, il reste encore beaucoup à construire, mais sans garantie de succès (ni d'insuccès) : l'insertion des réseaux dans leur environnement ; leur complémentarité avec les dispositifs du médecin traitant et du parcours de soins coordonné, si besoin par une modification de la législation ; l'articulation des réseaux de santé entre eux.

Les réseaux de santé ne parviendront probablement pas à résoudre à eux seuls tous les problèmes des soins primaires en France. Ils en ont même créé de nouveaux, d'une autre nature, non prévus par leurs concepteurs : enjeux de pouvoir, multiplicité des acteurs, danger de nouveaux cloisonnements.

Mais ils constituent un nouveau type original d'organisation qui amène de nouvelles pratiques. Malgré leurs difficultés de mise en œuvre, les réseaux de santé restent une trop bonne idée pour être abandonnée. Ce sont des outils de rationalisation du système de santé, ils garantissent au patient une meilleure lisibilité de l'offre de soins et peuvent être le fondement d'une réelle politique de prévention, parent pauvre de la santé publique en France.

⁷¹ Article du Monde du 18 mai 2006 : des résultats *"plus que décevants"*, notamment en termes de *"service médical rendu aux personnes malades"* ; un nombre de patients pris en charge par ces structures *"mal évalué"* « *semble très limité* » ; une implication effective des professionnels de santé *très faible*, notamment des médecins généralistes ; *pas de démonstration de l'impact positif sur l'état de santé des personnes prises en charge*.

Bibliographie

TEXTES DE LOIS

- Article 36 de la Loi n°2001-1246 du 21 décembre relative au financement de la sécurité sociale pour 2002.
- Article L. 183-1-1 du Code de la Sécurité Sociale
- Article 84 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Chapitre V – Réseaux.
- Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux.
- Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique.
- Circulaire MIN/DHOS//DSS//CNAMTS/2002/n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé
- Circulaire CNAMTS n°175/2002 du 30 décembre 2002.
- Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

RAPPORTS ET ETUDES PUBLICS

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. « *Les principes de soins de santé primaire* ». Juin 2000.
- Assurance Maladie. Rapport sur la DRDR. 2003.
- ANAES Service évaluation économique. « *Réseaux de santé, guide d'évaluation* », juillet 2004.
- Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des statistiques (DREES). Etudes et résultats n°406. Juillet 2005.

- Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des statistiques (DREES). La lettre de la MIRE n°4. Janvier 2005.
- Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP). Conférence de Monsieur François-Xavier SCHWEYER « *Des réseaux : pour quoi faire ?* ». 8 septembre 2005.
- Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale (EN3S). *L'organisation des soins, l'exemple des réseaux*. 31 mai 2005.
- Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie. Rapport public. 2004.
- Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), D. JOURDAIN-MENNINGER, M. LIGNOT-LELOUP. « *Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire* ». Janvier 2003.
- Ministère de la Santé. Mission « *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* », Rapport d'étape. Octobre 2003.
- Ministère de la Santé. Actes du colloque « *Le développement des réseaux de santé : réalités et perspectives* ». Novembre 2004.
- PAILLERETS François. *Réseaux de soins et les relations entre l'hôpital et la médecine de ville*. Rapport à la demande du Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale. Mars 1999.
- PICARD Michel. *Aménagement du territoire et établissements de santé*. Rapport du Conseil économique et social. 2004.

OUVRAGES DE REFERENCE

- KERVASDOUE de Jean (sous la direction de). *La crise des professions de santé*. Dunod. 2003.
- LARCHER Pierre, POLOMENI Pierre. *La santé en réseaux, Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*. Masson. 2001.
- SCHWEYER François-Xavier. *Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes*. Editions de l'ENSP. 2002.
- SCHWEYER François-Xavier. Les non adhérents aux réseaux de santé. Etude ENSP. Janvier 2005.

ARTICLES DE REVUES SPECIALISEES

- BOURGUIGNON Agnès. «Le rapport de l'Igas sur les réseaux de santé. Bilan accablant du mode de financement ». Le Quotidien du Médecin n°7964. 22 mai 2006.

- GRAMOULLE Arnaud. « *Les patients ne perçoivent pas encore spontanément l'intérêt des réseaux* ». Filières et Réseaux 2 Santé n°5. Novembre/décembre 2005.
- HOSPIMEDIA :
Les réseaux : du soin à la santé. Entretien avec Didier Ménard. 12 novembre 2002.
Un nouveau mode de financement pour les réseaux de santé. 20 novembre 2002.
Priorité aux réseaux. 8 avril 2003.
A défaut, les réseaux choisissent l'association. 20 octobre 2003
- LEVY Emile et RODWIN Victor. *Vers un Managed Care à la française?* Chroniques économiques. Septembre 1996.
- MALSAN Sylvie. *Les réseaux de santé : un projet de société.* Le JDs n°168. Septembre 2004.
- NAIDITCH Michel, BOURGUEIL Yann, GRIGNON Michel, MIDY Fabienne, DEVELAY Aude, MINO Jean-Christophe, POLTON Dominique. *Apports potentiels des réseaux dans l'évolution des systèmes de soins.* Perspectives soignantes n°9. Décembre 2000.
- POUTOUT Gilles. *Philosophie et genèse des réseaux de santé.* Les Cahiers Hospitaliers. Edition Berger-Levrault. Janvier 2006.
- POUTOUT Gilles. *Qu'est-ce qu'un réseau de santé ?* Les Cahiers Hospitaliers. Edition Berger-Levrault. Janvier 2006.
- VINAS Juan Manuel, médecin inspecteur de santé publique, chargé de mission à la Direction de la sécurité sociale. ASDP n°24. Septembre 1998.
- ADPS. Duriez.

LISTE DE SITES INTERNET

Observatoire National des Réseaux de Santé (ONRS)

www.orns.net

Haute Autorité en Santé (HAS)

www.anaes.fr

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) :

www.ameli.fr

Mutuelle Sociale Agricole (MSA)

www.msa.fr

Mutualité Française

www.fnmf.fr

Observatoire Régional de Santé

www.orsb.asso.fr

Union Régional des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), sites par région.

www.santebretagne.com

Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH)

www.arh-bretagne.fr

Union Régionale des Médecins Libéraux (URML)

www.urml-bretagne.com

Coordination Nationale des Réseaux

www.cnr.asso.fr

Journal en ligne Hospimédia

www.hospimedia.fr

Liste des annexes

1. ENTRETIENS

En déplacement :

- I) Entretien avec Monsieur François-Xavier SCHWEYER, Professeur à l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP). Rennes le 12 mai 2006.
- II) Entretien avec un médecin libéral. Toulouse le 12 mai 2006.
- III) Entretien avec Monsieur MALIBERT de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Paris Ministère de la Santé le 15 mai 2006.
- IV) Entretien avec Monsieur Didier MENARD, ancien président de la Confédération des réseaux, membre de la Haute autorité de santé (dans la commission ALD), président du réseau Santé - précarité de Saint-Denis, participant à un réseau de soins palliatifs Arc-en-ciel, participant à un réseau de périnatalité. Saint-Denis le 15 mai 2006.
- V) Entretien avec Madame Julie LONGY, chargée de mission réseaux de santé à la CRAM de Bretagne, secrétariat technique de la MRS pour les réseaux de santé. Rennes le 16 mai 2006.
- VI) Entretien avec le Docteur RAYMOND, Président de l'Association Française des Diabétiques (AFD). Paris le 16 mai 2006.
- VII) Entretien avec le Médecin de Santé Publique Monsieur PRADIER, Département de Santé Publique CHU de Nice. Rennes le 16 mai 2006.
- VIII) Entretien avec Monsieur Pierre BERGMAN, chargé de mission au Département de la Coordination et de l'Efficiencé des Soins de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Montreuil le 16 mai 2006.
- IX) Entretien avec Madame Françoise FREGEAC et Madame Isabelle SAPORTA, Cellule Accompagnement des Réseaux Gériatologiques, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA). Bagnolet le 16 mai 2006.
- X) Entretien avec le Docteur Paul LE MEUT, médecin animateur du réseau DOMIPALLIA. Le 17 mai 2006.
- XI) Entretien avec Monsieur Daniel GUILLERM, infirmier et Président de Cap Réseaux. Le 17 mai 2006.

Entretiens téléphoniques :

- XII) Entretien avec Monsieur MARQUE, chargé de mission à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord Pas de Calais. Le 15 mai 2006.
- XIII) Entretien avec Madame Brigitte SIMON, Médecin Inspecteur Régional, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de la région Pays de la Loire. Le 18 mai 2006.
- XIV) Entretien avec Monsieur Gaël PEROCHEAU, Chargé de Mission Réseaux à l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de la région Pays de la Loire. Le 19 mai 2006
- XV) Entretien avec Monsieur Pierre LARCHER, Médecin de santé publique chargé de mission « santé précarité et réseaux » Direction générale de l'action sociale. Le 19 mai 2006.

Autres entretiens :

- XVI) Monsieur GALOUYE, Président de l'URML de Midi-Pyrénées, entretien réalisé par le groupe 11, Le 15 mai 2006

2. TEXTES JURIDIQUES

- XVII) Article 36 de la Loi n°2001-1246 du 21 décembre relative au financement de la sécurité sociale pour 2002.
- XVIII) Article L. 183-1-1 du Code de la Sécurité Sociale
- XIX) Article 84 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Chapitre V – Réseaux.
- XX) Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux.
- XXI) Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique.
- XXII) Circulaire MIN/DHOS//DSS//CNAMTS/2002/n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé

3. METHODOLOGIE

- XXIII) Cahier des charges établi avec le coordinateur du groupe

I) François-Xavier Schweyer

Professeur à l'ENSP

Le 12 mai 2006

Bilan des réseaux :

Le propos portera sur la région Bretagne où la plupart des réseaux ne sont pas très lisibles car les objectifs officiels sont contractuels et la valeur ajoutée ailleurs.

Ces réseaux permettent une approche plus globale de la santé : c'est une vraie réforme en cours au bilan actuel mitigé. En effet ces réseaux concernent peu de professionnels de santé qu'ils soient libéraux ou hospitaliers.

Les moyens financiers ne font qu'augmenter : la DRDR a été multipliée par deux depuis 2005.

On rencontre beaucoup de bonne volonté de la part des professionnels mais qui se heurte à des difficultés structurelles : en effet la société dans laquelle se développe le réseau est une structuration de capitalisation qui a le profil suivant :

- un artisan solitaire
- un monde hiérarchisé avec un médecin prescripteur au centre du dispositif ;

Le réseau induit la notion de partenariat qui est différente des notions véhiculées dans le monde de la médecine libérale.

Il faut souligner des incohérences en matière de financement des réseaux qui apporte encore à la lourdeur ambiante.

Résistances et obstacles :

Le réseau est une autre conception du soin qui s'éloigne du modèle strictement curatif. Il fait la part belle aux notions de respect et de travail en partenariat.

Les résistances viennent du fait qu'il y a une volonté de la part des médecins de ne pas travailler plus de 50 h/semaine, de la culture professionnelle qui a toujours prônée le soin curatif, de la peur de perdre sa liberté et de la prudence à l'égard de l'hôpital et de l'état.

Les médecins sont déformés par un système de formation et de pensée qui ne parle pas de santé publique ; il y a une réelle carence culturelle.

Il en résulte un certain attentisme qui occulte encore plus la lisibilité des réseaux.

Devenir :

➤ **Reformer les formations universitaires :**

Changement progressif de l'état d'esprit qui permettra un travail plus articulé entre médecin libéral et réseaux : l'idéal étant d'avoir un médecin traitant informé des possibilités de prise en charge sur

son territoire de santé, qui adresse un malade vers le réseau adapté dans la cadre d'un prise en charge coordonnée.

Parcours de soins coordonné et réseau de santé sont des éléments similaires.

Le réseau est une opportunité tant pour la prise en charge du malade que pour l'exercice des professions libérales.

II) Médecin libéral
Banlieue toulousaine
Le 12 mai 2006

Bilan des réseaux

Un peu négatif car très peu structurés dans notre département. On a du mal à faire entrer les malades dans un parcours de soins bien déterminé, les différents acteurs du réseau n'étant pas toujours identifiés (mais est-ce vraiment un réseau ?). Il y a bien un réseau gérontologie mais il est très sollicité et ma clientèle est essentiellement active. Je ne suis donc pas vraiment concerné. Mes collègues ne sont pas tous favorables à ce développement car les limites sont parfois floues (peur de perdre des malades).

Cela fait maintenant 15 ans que je suis installé mais je n'ai pas l'impression que les choses évoluent beaucoup.

Je souhaiterais voir se développer ce type de prise en charge car je suis parfois en difficulté dans les propositions à faire au malade en terme d'accompagnement. J'ai des journées de travail très chargées (+ de 12h) toute la semaine. Il me faut des solutions rapides aux réponses posées : je suis parfois obligé de renvoyer à l'hôpital une personne parce que je n'ai pas la prise en charge adaptée au domicile (le malade lui préfère rester au domicile dans 95% des cas).

Propositions

Si ce type de structure émanant des besoins ressentis par le terrain et non pas « imposée » par les structures hospitalières pouvait se développer, je serais très intéressé. Ce serait une aide au quotidien dans mon exercice professionnel. Je ne dis pas que je rentrerais dans un réseau, j'ai suffisamment de travail mais je souhaiterais l'instauration d'un partenariat actif et efficace.

Mais j'ai trop de travail pour faire moi-même des propositions et je souhaiterais être contacté par des gens qui ont des idées en terme d'organisation de la prise en charge. J'ai de plus en plus de travail en particulier depuis la mise en place du médecin traitant.

En tant que généraliste nous ne sommes pas suffisamment informés ou alors le contexte fait que nous allons chercher l'information par obligation envers le malade. Je pense qu'il faut travailler l'axe communication et anticiper un peu plus certains éléments comme la sortie du malade hospitalisé : quelle est la prise en charge possible dans son environnement de vie habituel ?

III) Jean Malibert

DHOS

Le 15 mai 2006

Bilan général

- **Quel bilan faites-vous actuellement des réseaux ? Quel est le rôle des réseaux de santé dans l'organisation des soins en France ?**

Il est peut être un peu tôt pour faire un bilan. Monsieur Malibert entend par réseaux ceux de la loi de 2002 qui sont financés par la DNDR. Il constate une progression rapide en terme de volume. Il note qu'il existe des réseaux en dehors de la DNDR et que les financements peuvent être croisés (Collectivités territoriales, DNDR, FAQSV) mais, pour la DHOS, les réseaux sont avant tout ceux créés depuis 2002.

Globalement, les réseaux ont répondu à ce que l'on attendait d'eux. Parmi les points très positifs, on observe un réel partage de l'information et un décloisonnement des professions de santé, rassembler les acteurs autour d'une prise en charge commune même si des imperfections persistent : les réseaux se ressemblent assez peu d'où une diversité qui nuit parfois à la lisibilité de la structure (ils peuvent être plus ou moins hiérarchisés, structurés, vastes etc.) d'où la nécessité « d'homogénéiser » (d'une région à l'autre) bien que le terme ne soit pas idéal car il faut conserver l'initiative locale.

Le Ministère est très vigilant car de fortes sommes d'argent public sont engagées d'où l'importance de l'évaluation financière. Il faudrait, c'est un projet qui nécessite beaucoup de temps, faire un réel travail d'investigation sur la question de l'utilité d'un réseau. « Nous en sommes convaincus » mais peu d'études ont été faites, il faudrait comparer la prise en charge du patient dans un réseau et celle en dehors du réseau et faire un bilan. L'objectif premier des réseaux n'est pas financier, il est de santé publique.

- **Existe-t-il une véritable politique des réseaux ?**

Depuis 2002 on peut dire qu'il y a une politique des réseaux même s'il faut préciser l'expression. En effet, le législateur n'a pas voulu tout cadrer en laissant l'initiative venir du terrain. Monsieur Malibert souligne que le dispositif a bien fonctionné dans la mesure où il y a eu un développement rapide des réseaux. Aujourd'hui, l'aspect politique est amené à être réaffirmé : les réseaux devraient être plus cadrés même si Monsieur Malibert considère qu'il est fondamental que l'initiative continue de venir du terrain. Il insiste également sur le passage de « réseaux de soins » à des « réseaux de santé ».

Actuellement la réflexion est engagée sur l'idée de réseaux dits territoriaux. Il ne s'agit pas d'un nouveau cadre territorial, d'un niveau qui viendrait se rajouter à ceux existants mais bien d'une réflexion portant sur les territoires au sens des SROS. Il faut

partir du territoire de santé et de ses spécificités puis coordonner au sein de réseaux territoriaux et non plus uniquement thématiques (par pathologies). L'acteur de cette réflexion doit être le guichet unique formé par l'ARH et l'URCAM.

Il existera sans doute bientôt des GMS

- **Pouvez-vous nous citer des réseaux qui fonctionnent ? (Sur quels critères d'évaluation basez-vous votre analyse?)**

La DHOS fournit un cadre d'évaluation mais c'est à l'ARH et à l'URCAM d'évaluer les réseaux suivant une grille d'analyse adaptée.

La gérontologie est le type même de thématique où le réseau est intéressant. Une personne âgée en hôpital se laisse très souvent mourir. Là le réseau trouve l'évidence de son existence. De même pour la périnatalité avec des problèmes de naissance dans des milieux difficiles : le réseau est alors très important s'il permet d'anticiper les problèmes. Il faut savoir reconnaître que l'offre de soins est parfois inadaptée aux besoins de la maman ou de l'enfant. Le réseau est plus adapté alors (pluridisciplinarité, dimension des acteurs sociaux etc.)

Obstacles et difficultés

- **Pouvez-vous nous expliquer les résistances et les obstacles à la mise en place de réseaux de santé ? Comment se passe la coordination entre les différents acteurs? Y a-t-il une forme juridique particulière aux réseaux ?**

Il y a des raisons identitaires certaines mais qui peuvent être dépassées, il faut du temps. Actuellement, le dialogue existe et si les réseaux manquent parfois de cohérence ils ont eu le mérite de mettre en rapport des professions qui se parlaient peu. L'initiative est venue des acteurs locaux malgré leurs différences. Ces dernières expliquent d'ailleurs la diversité en termes d'organisation des réseaux. Il ne faut pas oublier qu'il y a en France une absence de l'idée de prise en charge globale.

90% des réseaux ont choisi la forme associative ce qui apparaît d'ailleurs positif car cette forme juridique semble bien adaptée à la souplesse demandée au niveau local. Certaines incertitudes persistent encore sur les autres statuts du type GCS.

Globalement les réseaux peuvent être jugés positivement.

- **Comment se passe la gestion commune de la DRDR ?**

Selon Monsieur Malibert, cette gestion se passe très bien. Ses relations avec ses homologues de la CNAMTS, ARH et URCAM sont tout à fait cordiales et il n'a pas entendu parler d'éventuels conflits s'agissant de l'attribution de la dotation.

- **Quels sont les freins au développement des réseaux ?**

Il faut des années pour ancrer une culture de réseaux. Le constat est partagé par tous les acteurs (le fait que les structures – notamment hospitalières – peuvent s'avérer inadaptées à certains besoins, cas des lits de court séjour). Aujourd'hui, ils ont la liberté de créer un réseau qui correspondait au mieux aux besoins identifiés par les acteurs locaux. Mais on est encore dans le « baptême » de la notion de réseau. Aujourd'hui il faut sans doute clarifier, voire simplifier cette démarche ce que nous faisons actuellement en concertation avec tous les acteurs à travers la rédaction de circulaires qui devraient être publiées d'ici la fin de l'année.

- **Quels sont les chantiers actuels qui peuvent favoriser le développement des réseaux ?**

Actuellement le travail se fait dans 2 directions. Tout d'abord à un niveau thématique : les acteurs se réunissent (DHOS, Assurance Maladie, FHF, DH, URML, représentants de réseaux etc.) pour mettre en place une série de circulaires dont le but est de préciser le sens du réseau pour une pathologie afin de clarifier une situation actuelle parfois confuse. Il s'agit de mieux encadrer les réseaux en tenant compte de leurs spécificités.

D'ici la fin 2006, les circulaires devraient être publiées pour tous les thèmes (bientôt géronto, soins palliatifs, santé mentale). La première est sortie le 30 mars sur les réseaux de périnatalité. Second niveau, transversal, il s'effectue au sein de groupes de travail (ONR) notamment s'agissant de la notion de territoire et de la possibilité de réseaux territoriaux. Il s'agit de penser cette fois le réseau comme global et non plus uniquement suivant une pathologie. L'objectif est qu'à la fin de l'année une circulaire précise mieux la notion de réseau au sein d'un territoire (avoir répondu aux questions des 2 groupes de travail d'ici la fin de l'année).

- **Quelles différences faites-vous entre parcours de soins coordonné et réseaux de santé ? Quelles sont les articulations possibles ?**

Le médecin traitant est le cœur du système qui se dessine depuis 2004. Il n'y a pas de contradiction avec la mise en place de réseaux, bien au contraire. La notion de territoire doit permettre de réunir les 2. Il ne faut pas oublier le DMP qui s'intègre dans cette logique.

Les 2 dispositifs ont le même objectif : un objectif principal de santé publique mais les modalités sont différentes. Le parcours de soins coordonné est beaucoup plus directif et avec une dimension économique plus marquée tandis que les réseaux se caractérisent par de l'incitatif. On ne sait pas encore si monter des réseaux permet de faire de réelles économies (peu d'études existent à ce sujet, il faudrait faire des comparaisons).

IV) Didier Ménard

**Membre de la Haute autorité de santé (dans la commission ALD),
Président du réseau Santé - précarité de Saint-Denis,
réseau de soins palliatifs Arc-en-ciel.**

Le 15 mai 2006

Bilan général

- **Quel bilan faites-vous actuellement des réseaux ? Quel est le rôle des réseaux de santé dans l'organisation des soins en France ?**

Bilan

Il y a 2 niveaux de bilan :

- l'action propre des réseaux

Sous cet angle, les réseaux marchent bien. Cf. auto-évaluations et évaluations externes (nombre de patients, enquêtes de satisfaction).

C'est la grande innovation de ces 20 dernières années en matière de santé et elle a fait la preuve de son efficacité. Cf. évaluations, dont celles du CREDES (non lié à institution comme CNAM, donc plus fiable).

En plus, il y a aussi les réseaux pas connus, autofinancés.

- le bilan institutionnel

Les institutions ont soutenu faiblement les réseaux. Avant, les financements étaient « clandestins » et faible (exemple de coordinateur hospitaliers payés sur des postes d'hospitaliers).

Puis il y a eu la création des FAQSV, première enveloppe transversale, déterminée avant l'ONDAM. Mais la DSS a bloqué. Elle a fait un « deal » avec la CSMF, pour que les fonds soient utilisés pour de l'amélioration, et les soins en villes = les médecins libéraux. Cela a abouti à sélectionner des réseaux très médicaux.

La même erreur a été commise avec la loi Kouchner du 04/03/2002, via la définition des réseaux de santé, les décrets d'application, le « moulinage » par la DSS, au profit de réseaux de soins. D'où la mort des réseaux et la création de pseudo-réseaux, prolongements institutionnels de structures hospitalières. D'où un renoncement à des demandes de financements auprès de l'URCAM.

Rôle :

Il s'agit d'un des supports majeurs de la reconstruction de l'offre primaire, pour aller du soin vers la santé : c'est un changement de nature de l'exercice professionnel des soignants.

Il permet de passer de l'acte curatif à la santé (acte curatif, prévention, éducation).

Autre avantage : il permet de réorganiser l'offre de soins.

Un réseau de soins organise l'offre autour d'une ou de plusieurs pathologies.

Un réseau de santé organise une offre médico-psycho-sociale auprès d'une population.

Tout réseau de soins qui marche évolue vers un réseau de santé.

Par exemple, pour un réseau périnatalité, qui suit des grossesses pathologiques, il inclut les problématiques sociales, les violences conjugales, le mauvais logement.

Les réseaux de santé font avancer la réflexion et l'organisation.

Mais c'est vrai aussi pour la Maison de santé, qui réunit en un même lieu plusieurs professions de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) et plusieurs fonctions (éducation, prévention, soins, mais repensés : consultations collectives (épidémie de diarrhée), consultation rhinopharyngite par une infirmière). Elle agit au plus près de la communauté : notion de proximité.

La continuité (et pas la permanence) des soins est assurée : il n'y a pas que la garde, mais aussi l'éducation. Ainsi, quand un bébé a de la fièvre la nuit, la maman ne panique pas et n'appelle pas le SAMU.

Comment on en est arrivé là ?

Il s'agissait d'adapter les pratiques professionnelles à la réalité. Les premiers réseaux se sont bâtis autour de problématiques nouvelles (ou médico-sociales) mal prises en charge. Exemple du SIDA, sans traitement (à l'époque), qui touche à la mort, à la sexualité, à l'aspect culturel, et où les malades connaissent beaucoup de choses : les médecins n'aiment pas. Autre exemple, la toxicomanie, qui explose dans les années 80.

Ainsi, les réseaux se sont créés à la marge du système, là où celui-ci était sans capacité de répondre.

Au départ, ils étaient tolérés, car ils s'occupaient de choses dont le système ne s'occupait pas. Mais le début du calvaire a commencé quand, alors qu'ils étaient reconnus dans la loi, leur place dans le système de santé était dénaturée, car leur spécificité n'était pas reconnue, et où ils ne devenaient qu'un prolongement de l'existant : exemple de réseaux de cancérologie. Un « vrai » réseau de cancérologie intègre les problématiques de la personne. Il s'agit des soins pour Mme X, et pas pour un carcinome. Certes, réunir un staff chirurgical / médecins / etc. permet une meilleure organisation des soins, mais cela ne suffit pas.

Les réseaux vont travailler sur la prévention, ils vont faire un inventaire de l'amiante. D'où le rôle du médecin du travail.

Le réseau accompagne le patient pendant sa maladie. Il faut donc savoir ce qui a été dit pendant l'hospitalisation, prévenir les effets indésirables. Il ne s'agit pas pour le médecin de ville d'être un exécutant des soins de cancérologie en ville. Il y a un travail de partenariat, où chacun travaille sur ses compétences. Il y a une mutualisation des compétences sans hiérarchie de valeurs. Il faut repérer où sont les compétences et les articuler entre elles. Il ne faut pas trier entre les compétences, mais s'appuyer sur elles.

Spontanément, cela ne se passe pas ainsi. Il y a :

1. un cloisonnement des systèmes
2. une organisation hiérarchique et pyramidale des institutions (exemple avec l'hôpital : essai de transmission des informations sur les soins entre infirmiers de ville et infirmiers de l'hôpital ; mais véto du cadre infirmier, officiellement pour des problèmes d'assurance, en fait par peur du danger de remise en cause de son autorité et de donner du pouvoir à ses infirmières. De même, un essai de travail avec des assistantes sociales permet de conclure que le réseau doit travailler avec le personnel intervenant, mais aussi avec le personnel encadrant.

Le problème du réseau, c'est qu'il interfère sur les fonctionnements acquis.

Y a-t-il des réseaux de gauche et des réseaux de droite ? / Les réseaux remettent en cause le paiement à l'acte et l'exercice solitaire (libéral) de la médecine, qui sont soutenus par la droite. / La CNR a été créée en opposition à la Commission Soubie, machine à « hâcher » les réseaux. / Quelle politique de santé publique en France ? Quelle place pour les usagers dans le système ? Quand ils sont acteurs de leur santé, ils sont pleinement citoyens.

- **Existe-t-il une véritable politique des réseaux ?**

Non. On ne sait pas où veulent aller les pouvoirs publics. Ils semblent être aujourd'hui contre les réseaux. Le lobby hospitalo-universitaire semble tout faire pour «casser» les réseaux. Cf. les SROS 3 : quelle est la place faite pour les réseaux ? Cf. ARH : quelle politique des réseaux ?

Les URCAM ont élaboré un guide du promoteur de réseau et du financement mais ils restreignent leur action.

Ils « sabordent » les financements existants : diminution du financement des réseaux toxico, diminution des réseaux de soins palliatifs.

- **Pouvez-vous nous citer des réseaux qui fonctionnent ? (Sur quels critères d'évaluation basez-vous votre analyse?)**

1) Réseau Arc en Ciel (soins palliatifs). Critère (médecin généraliste) : l'accompagnement des patients à domicile ne serait pas possible sans le réseau, l'alternative serait e.

2) Réseau Santé Précarité des Francs-Moisins. Critères : suit 600 personnes. Bon fonctionnement sous l'angle social. Accès aux droits, logement, santé, dispositifs sociaux des personnes en grande précarité. Exemple : dossier CMU fait (OK si RMI), recherche d'appartement thérapeutique pour femme enceinte de 4 mois.

3) Réseau périnatalité. IVG thérapeutiques en ville et aide à diriger le patient vers l'hôpital. Meilleur suivi médico-psycho-social.

2) Obstacles et difficultés :

- **Pouvez-vous nous expliquer les résistances et les obstacles à la mise en place de réseaux de santé (préciser le jeu des acteurs : URCAM, ARH, etc.)**

Les réseaux de santé sont trop innovateurs et bousculent le système existant : coopération non hiérarchique, décloisonnement du système et redéfinition des métiers. Ils posent 1) la question de la rémunération médicale (vers une suppression du paiement à l'acte ; développement du salariat comme un développement de « médecins de caisse » ; 2) quelle prévention ? Les institutions se sont construites autour du soin médical, alors que l'évolution actuelle est vers le médico-psycho-social. Il y eu de très grands progrès médicaux, mais il y a toujours une évolution des maladies, des inégalités de santé : augmentation de la mortalité périnatale, aggravation des pathologies. Beaucoup de pathologies sont évitables mais ne sont pas évitées.

La médecine est toute puissante. On lui demande de régler des problèmes hors de sa compétence. Il y a un pouvoir de l'hôpital sur l'ensemble et une oligarchie hospitalo-universitaire (les professeurs de CHU)/

- **Comment se passe la gestion commune de la DRDR ?**

La DRDR est une bonne idée mais un mauvais contenu. Dès le départ, elle a été transformée par les décrets et les régions pour sélectionner des réseaux très médicaux, du fait de l'intervention de la DSS.

La loi est bonne (le réseau pour l'éducation à la santé et la prévention), mais les décrets l'ont dénaturé, en contraignant à une contractualisation et un engagement du patient dans le réseau. Il y a une obligation que les CA des réseaux soient composés majoritairement de médecins.

- **Quels sont les freins au développement des réseaux ?**

Les freins sont d'ordre politique et idéologique. Les URML (CSMF) sont pour le paiement à l'acte. La CNAM gère le risque maladie, mais pas le risque santé. Les ARH et les URCAM sont trop dans une organisation hiérarchique et centralisée.

- **Quels sont les chantiers actuels qui peuvent favoriser le développement des réseaux ?**

- ouverture des conventions médicales à des rémunérations non liées à l'acte

- vraie politique de santé publique, de prévention et d'éducation

- possibilité légale de se regrouper ; exemple des coopératives de santé. Cela existe pour les établissements.

- transfert de compétences entre métiers : passerelle entre médecine de ville et hospitalière (ou spécialistes) : par exemple, un généraliste travaille à l'hôpital et inversement, mais pas par des vacances ; exemple : un médecin hospitalier fait une consultation à domicile quand le généraliste le demande ; inversement : le généraliste travaille un jour par semaine dans un service hospitalier.

- **Quelles différences faites-vous entre parcours de soins coordonné et réseaux de santé ? Quelles sont les articulations possibles ?**

Cela n'a rien à voir.

Dans le parcours de soins coordonnés, le malade s'adapte à la médecine. Dans les réseaux de santé, c'est la médecine qui s'adapte au malade.

L'engagement dans le réseau fait que le médecin change sa pratique professionnelle. Or, dans le dispositif du médecin traitant, il n'est pas prévu que le médecin change pas sa pratique. Rien n'est fait pour la qualité des soins.

Perspectives :

- **Comment pensez vous pouvoir développer la dimension préventive au sein des réseaux ?**

C'est le plus passionnant dans les réseaux. La prévention, c'est comment aider chaque individu à penser sa santé dans son projet de vie. C'est « énorme ». Cela interfère sur toutes les dimensions de la vie du citoyen : comment je pouffe, comment j'utilise mon appareil ostéo-articulaire, comment je me méfie d'un environnement pathologique, s'interroger sur ce qui au travail est bon ou mauvais pour moi, organiser ses loisirs, comment et avec qui je baise, comment fonctionne ma tête (le conscient, l'inconscient : cela donne le mode d'emploi : ce qu'on ressent ou vit n'est pas le fruit du hasard. Par exemple, pour la relation mère - enfant, c'est enseigner la place de l'interdit, c'est créer une école de la parentalité, pour élever l'enfant, et ne pas se retrouver avec des parents dépassés par leurs enfants, qui tournent mal ensuite.

- **Comment optimiser la formation initiale des professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge des soins de santé primaires ?**

En arrêtant une formation médicale dominée par les hospitaliers (sur le ton de la boutade).

Il faut donner une vraie place à la médecine généraliste.

Les soins primaires ne sont pas enseignés, sauf à l'aune de la médecine hospitalière. Mais ce n'est pas le même métier.

Or, le réseau, c'est intéressant. C'est la complémentarité des métiers, et la compréhension mutuelle entre médecines hospitalière et de ville.

- **Pensez-vous que les réseaux de santé constituent un outil de coopération parmi d'autres ?**

L'avenir d'un système de santé avec des valeurs de réseau plus adaptées aux réalités du monde moderne.

Les réseaux sont une manière de travailler différemment, une pratique professionnelle différente.

Si quelqu'un a des angines à répétition, avec le réseau, je vais me demander pourquoi, chercher une problématique psycho- sociale, adresser le patient au professionnel le plus compétent (pas forcément un médecin).

On ne s'intéresse jamais à la cause des maladies pour les maladies graves. Mais cela peut aussi être valable pour les autres maladies.

- **Sont-ils amenés à devenir le principe d'organisation des soins primaires ? Si oui, sous quelle forme ?**

Oui. Sous la forme d'un réseau de santé coordonné dans son activité, par des maisons de santé (5-6 personnes) de proximité où l'on fait du soin, de l'éducation et de la prévention.

Le réseau de santé est alors un outil au niveau d'un bassin de population :

- recherche, évaluation, formation, pluri-professionnel
- coordination : repérage des ressources, continuité
- mise en coopération des différentes ressources et complémentarité
- mutualisation des bonnes pratiques, des savoir-faire et des savoir-être.

Il faut que le travail en réseau soit reconnu comme une activité professionnelle. Aujourd'hui, sous un statut d'association loi 1901, un président de réseau est quasi-bénévole. Avant, il avait le médecin référent, et le généraliste pouvait s'y retrouver financièrement.

La loi prévoyait des structures de coopération, mais les décrets ne sont pas parus, car il n'y a pas eu de volonté politique. Avec le groupe Parmentier, il y a surtout eu mise en coopération des cliniques privées.

Deux choses sont à inventer :

- soit adapter les réseaux aux dispositifs existants
- soit inventer des dispositifs adaptés aux réseaux.

Faut-il coordonner les réseaux ? Oui, pour deux raisons :

- pour des échanges de savoir, pour apprendre à se connaître
- pour être plus fort.

C'est le but de la CNR.

Ainsi, pour la préparation du congrès national, chaque réseau envoie une activité intéressante. La CNR en fait un résumé d'une page. On se retrouve aujourd'hui avec une multitude de description d'activités intéressantes.

Le CNR est devenu un interlocuteur

V) Julie Longy.

Chargée de mission réseaux de santé à la CRAM de Bretagne.

Secrétariat technique de la MRS pour les réseaux de santé

Entretien conjoint avec le groupe 28 (travaillant sur l'évaluation des réseaux de santé)

Le 16 mai 2006

Les réseaux de santé figurent parmi les missions confiées à la MRS. La CRAM de Bretagne pilote les réseaux de santé par délégation de l'ARH. Cas unique en France. JL assure le secrétariat technique pour la MRS conjointement avec Sylvain Pleyber (Ch. mission réseaux URCAM).

Le développement des réseaux de santé en Bretagne

- La MRS manque de recul pour dresser un bilan sur les réseaux de santé dans la mesure où le dispositif DRDR n'est en place que depuis 3 ans. La phase d'évaluation des réseaux engagés dans la démarche depuis le départ est en cours. JL insiste sur le caractère récent du phénomène. Un manque de moyens limite la capacité de la MRS à analyser l'évolution des réseaux. Toutefois, une chargée de mission vient d'être recrutée pour l'évaluation.
- JL souligne que la région Bretagne se distingue par un fort dynamisme. En 2005, le nombre de réseaux créés s'élève à 38. Ce résultat classe la Bretagne parmi les régions ayant mis en place + de 30 réseaux dans le cadre du nouveau dispositif ; elle se place ainsi sur le même plan que les régions les + dynamiques : IdF, Nd-PdC, Rh-Alpes, PACA.
- L'ensemble des départements est couvert dans les domaines suivants : cancérologie, diabétologie, périnatalité, personnes âgées, soins palliatifs.
- L'enveloppe des financements DRDR est en constante augmentation (1,056 M€ en 2002 ; 4,891 en 2004 ; 7,208 en 2005).

Les objectifs de la MRS :

- La coordination. = Les réseaux de santé comme outil de coordination. Parallèlement, la MRS favorise le regroupement des praticiens en cabinets (cf périnatalité).
- La couverture du territoire
- La mutualisation. Elle se fait à 2 niveaux. Entre les réseaux tout d'abord mais aussi entre les réseaux et les financeurs qui construisent mutuellement leur conception.
- Un réel partenariat ville-hôpital (un dossier n'impliquant que des structures hospitalières est rejeté). Eviter les deux écueils de l'hospitalo-centrisme et de l'individualisme de la médecine libérale.
- Améliorer la lisibilité du circuit de santé ville et hôpital pour le patient
- Les objectifs 2006 de la MRS :
 - Accompagnement de l'existant, notamment en favorisant la mutualisation. Une réflexion particulière est menée autour de la mise en place de centre de gestion car le poids de la gestion apparaît comme le principal inconvénient pour les promoteurs.
 - Evaluation
 - Promotion de nouveaux réseaux notamment autour de la problématique de l'adolescence avec les maisons de l'adolescent.

L'évaluation :

- Une intégration initiale. L'évaluation est intégrée dès la constitution du dossier de demande de financement.
- Le choix de l'auto-évaluation. Avantages : favorise l'intériorisation de la démarche qualité (« regard sur soi ») ; +grande mobilisation ; élément de mutualisation ; Processus moins long et plus économique que l'évaluation extérieure ; évite également l'amalgame entre évaluation et contrôle.
- Grille d'auto-évaluation composée de 65 questions, souvent fractionnées (long ?).
- Positionnement délicat de la MRS : à la fois financeur, accompagnateur de l'évaluation, émetteur de l'avis. Risque de confusion des genres.
- Par ailleurs, évaluation et financement ne sont pas calés l'un sur l'autre.
- Principale réticence exprimée par les promoteurs au moment d'auto-évaluer leur réseau : « je peux évaluer ma pratique mais pas celle de mes confrères et partenaires du réseau »

Un développement centré sur la région : le cadre régional est très prégnant. Il en résulte des spécificités régionales :

- Dans le choix des priorités, par exemple celle de l'adolescence.
- Des objectifs à moyen terme définis dans le SROS
- Un faible échange d'expérience au niveau national entre les organismes chargés de la DRDR. Les sites Internet constituent la principale source d'information.
- Des choix spécifiques qui varient selon les régions : le choix de l'auto-évaluation (/ évaluation extérieure), création de réseaux à partir des expériences de terrain (/ appel à projet), pilotage des réseaux par la CRAM sur délégation de l'ARH.
- Des ressources nationales existent toutefois : cf les cahiers des charges par thématiques, cf documents ANAES – HAS.

Récapitulatif des principaux problèmes identifiés par JL :

- Les difficultés de gestion des réseaux de santé. Les coordonnateurs sont le plus souvent des médecins et des IDE qui n'ont pas de savoir-faire dans le domaine. Des difficultés pour ces structures légères à produire un rapport d'activité annuel exhaustif et à mener la démarche de l'autoévaluation. « pas de culture de l'écrit ».
- Risque de confusion des genres étant donné les interventions de la MRS à différentes étapes du processus.
- La difficulté à évaluer ses partenaires au sein du réseau.
- Manque de recul et de visibilité sur l'existant. D'où difficultés à établir perspectives.

DMP

La mise en place du DMP et notamment du médecin traitant n'est pas perçue comme potentiellement contradictoire avec les réseaux de santé. Participent de la même logique selon JL.

Documents remis :

- 2 Pwpt : présentation réseaux de santé et procédure d'évaluation des réseaux de santé
- Fiche de recueil des données d'activité des réseaux 2005
- Grille d'évaluation des réseaux de santé
- Brochure MRS sur réseaux de santé en Bretagne
- Divers articles sur l'évaluation

**VI) Monsieur Raymond,
Président de l'Association Française des Diabétiques
Le 16 mai 2006**

Evolution des réseaux, objectifs des réseaux

Il y a plusieurs sortes de réseaux :

- les soins palliatifs, la gériatrie, hospitalisation à domicile
- la diabétologie

Au départ, les associations étaient favorables à leur création :

- pour des initiatives de nouvelles pratiques médicales plus collectives et pluridisciplinaire
- et qui font des soins qui ne se faisaient pas avant en cabinet traditionnel

Les réseaux se sont montés avec **un objectif principal : l'éducation thérapeutique du patient**. C'est ce que voulaient depuis longtemps les milieux hospitaliers et les associations émergentes : une ouverture vers plus de proximité (médecins libéraux).

Obstacles, freins et résistances

Très rapidement, de grosses interrogations sont apparues :

a) Sur la diversité des réseaux
Soit des groupuscules de professionnels qui se ferment ensuite à l'entrée d'autres professionnels.
Soit des usines à gaz, avec des tensions entre hospitaliers et libéraux globales entre généralistes et spécialistes.

b) Sur la finalité des réseaux.
Les réseaux ont été assez vite détournés pour faire des soins qui se faisaient peu : dépistage du diabète, dépistage du rétinographe. C'est-à-dire faire du soin pour décharger la collectivité (exemple de la prise en charge des pieds) vers les réseaux.

Les financements étaient là à la création (FAQSV) (et il en a encore, quoi que disent les professionnels de santé). Mais il est dommage que le FAQSV ne soit ouvert qu'aux professionnels de santé et pas aux associations.

Le rôle des partenaires associatifs : l'exemple de l'AFD

Les tutelles ont recherché la présence d'associations locales, régionales, pour avoir au moins un patient dans des conseils d'administration. Le principe est très bon mais se pose la question : pour y faire quoi ? Avec quelques compétences ?

Les associations étaient présentes dès 1973-74, avec les réseaux de diabète en France, mais sans y jouer un rôle important, dépassé par des structures professionnelles.

Aujourd'hui, on a un recul de cinq ans sur le fonctionnement des réseaux diabète. La diversité des fonctionnements et des objectifs fait qu'aujourd'hui **l'AFD est très sceptique sur le rapport qualité-prix. C'est une bonne idée détournée de ses fonctions**, au niveau de l'application. C'est une usine à fric.

Quand les réseaux de soins ont changé de nom en réseaux de santé, il aurait mieux valu définir un cahier des charges. Le législateur peut toujours le faire aujourd'hui pour clarifier les choses.

Evaluation

- Il faut une véritable évaluation, pas des autoévaluations. Il faut une évaluation sur la quantité et pas la qualité. Exemple : à quoi correspond la prise en charge dans un réseau ? Est-ce pour l'éducation thérapeutique : une prise en charge régulière ? La relance du patient par le réseau ? -- Une prise en charge privilégiée ?
- Quels avantages y a-t-il pour un patient d'être dans un réseau de santé ?
- Il semble que les réseaux cancer soient plus performants.
- L'association attend avec impatience une véritable évaluation.

Un changement d'orientation des réseaux

Quel est le but d'un réseau : faire travailler des gens ensemble, dans des nouvelles pratiques médicales, avec différentes professions, pour faire de l'éducation thérapeutique, et avoir un patient acteur de sa santé.

Aujourd'hui ont fait du médical pour du médical, avec un petit complément financier des médecins. Mais c'est beaucoup trop cher.

L'association est-elle associée à la réflexion sur les réseaux ? Non. Mais les réseaux demandent la présence des associations, comme une sorte de caution.

Des éléments pour expérimenter des nouvelles méthodes :

- le dossier médical personnalisé
- le dossier médical dans le réseau : quelle participation des patients ?

Pourquoi dans les réseaux, il n'y a soit que des hospitaliers, soit que des médecins libéraux en ? Quand il y a des hospitaliers, les médecins libéraux ne s'y intègrent pas. Quelle est donc la politique des URML ?

Bilan

Les micro-réseaux me semblent plus pertinents. Les réseaux hospitaliers peinent à impliquer les libéraux, car ceux-ci ne veulent pas être sous la tutelle des hospitaliers. Des réseaux de quartier donneraient de meilleurs résultats.

Aspects positifs de la prise en charge des soins de pied. Mais les podologues refusent de rentrer dans le réseau car le forfait est de 137 euros pour 5 consultations et c'est trop très faible pour eux. De même, pour le dépistage rétinien, les ophtalmologues sont contre car cela touche à leurs privilèges. Il y a des professionnels de santé qui ne jouent pas le jeu.

Jeu des acteurs

L'association se méfie des belles intentions des pouvoirs publics :

- il y a souvent des oublis d'invitations
- les contacts sont moins chaleureux que souhaités
- que ce soit par l'intermédiaire du CISS ou lors de rencontres spécifiques au diabète.

Peut-être être en train de manquer un virage important : on ne peut plus continuer sur le système de santé actuel, notamment pour les pathologies de longue durée.

Les médecins ont été formés pour guérir. Aujourd'hui on ne guérit plus. Donc les médecins doivent accompagner, conseiller.

Certes, si les médecins prescripteurs prenaient en charge toutes les ALD, à travers des protocoles de soins, cela représenterait beaucoup de travail pour eux.

Les médecins ne peuvent rester seuls dans leur cabinet. Ils doivent aller ailleurs, volontairement ou de manière imposée, dans des structures collectives. Les réseaux représentent une réponse.

Les médecins libéraux ne veulent pas envoyer des patients dans les réseaux : le patient n'est pas motivé, il ne se soigne pas, cela coûte cher ...

Médecin traitant et Réseaux

L'association est favorable à la loi de 2004 pour le médecin traitant, notamment les ALD. Il faut des conventions entre prescripteurs, ailleurs, et patient. Mais si on dit que le patient doit être responsabilisé, en contrepartie, il doit avoir un droit de regard sur les protocoles et sa prise en charge globale.

Prévention

Aujourd'hui, le diabète n'est pas bien traité. Les complications de diabète représentent 60 % du coût du diabète, 16 milliards d'euros, 10 000 amputations, 50 % des malades cardio-vasculaires sont diabétiques, environ 50 % des dialysés sont diabétiques.

Avec la masse d'argent mise, on pourrait mieux faire, mais il semble utopique de faire des économies.

S'il y avait une véritable prise en charge précoce, surtout pour le diabète de type II, on pourrait rester à 10 000 amputations mais avec les mesures actuelles de la CNAM et de l'HAS, va-t-on vers 25 000 amputations ?

Le réseau doit faire avant tout de la prévention. Pour le diabète, il s'agit de faire de l'éducation thérapeutique et au-delà de l'accompagnement thérapeutique.

Aujourd'hui de plus en plus de besoins ne sont pas pris en charge par assurance-maladie. Aujourd'hui il y a 20 % d'obèses. Il faudrait peut-être commencer à s'inquiéter. Peut-être est-ce lié à l'absence de politique des réseaux : des fonds sans politique.

Chantiers actuels ou à venir

Aujourd'hui, il y a urgence à redéfinir les réseaux : financement, structures, objectifs fixés par le législateur, après un tour de table, éditer des référentiels communs aux différents réseaux. Exemple : qu'est ce que l'éducation thérapeutique ? Est-elle partout de la même en France ? Il faut harmoniser : formations, diplôme, évaluation.

Le national doit définir le cadre et les messages à faire passer et le réseau doit relayer le message. Pour demain, les réseaux sont une voie d'avenir, notamment par la pratique d'une médecine pluridisciplinaire.

Il faut rouvrir les dispensaires, les maisons de santé, ce d'autant plus pour une pathologie qui touche de plus en plus aux gens avec la précarité.

Il faut du soutien aux gens, recréer des maisons de santé.

Au-delà des soins, pré carré des médecins, il faut de l'accompagnement.

Certes, le médecin traitant est au cœur du système de santé et le réseau est un de ses outils. Cela est valable s'il a tous les outils de proximité : un réseau, une association, avec une action reconnue par les tutelles. Mais si on fait cela pour toutes les pathologies, cela fait beaucoup de travail.

Cette offre de soins de proximité, l'assurance-maladie doit la prendre en charge. Exemple pour des premiers soins de diabète de type 2 : le diététicien, la psychologue. Cela permet un accompagnement de l'éducation thérapeutique, avec des groupes de parole, avec un véritable contrat passé avec le patient.

Le médecin traitant doit connaître cela et s'y intégrer. Il doit connaître l'existence des réseaux et adresser des patients. Pourtant, il existe des généralistes refusent le passage à l'insulinothérapie impatiente (MGI)

Solution pour plus de participation des médecins libéraux :

- 1) attendre la fin de la génération actuelle ? C'est lent.
- 2) les forcer ? Cela permettrait à l'assurance-maladie d'être moins faible. Mais il est difficile pour les médecins d'évoluer. Cela est illogique. Ils sont le seul métier qui après 7 à 8 ans de formation s'installe, puis n'a plus aucun contrôle sur leurs pratiques.

VII) Christian Pradier,
Médecin de santé publique,
Département de santé publique CHU Nice
Le 16 mai 2006

Q1.Définition du réseau :

C'est un mode d'organisation souple permettant notamment de répondre à des problèmes de prises en charges de patients en s'appuyant sur l'existant notamment les professionnels de santé. C'est également un mode d'organisation stable, ainsi le réseau ne risque pas de disparaître avec les changements de mode.

Il existe au préalable un problème auquel on trouve un mode d'organisation : le réseau.

Q2.Bilan actuel des réseaux :

Cela suscite une interrogation qui ne porte pas sur l'intérêt du travail en réseau mais sur la multiplication des réseaux. La principale difficulté tient au manque de formation et d'expérience des personnes qui développent ces réseaux.

Répondent-ils parfaitement au problème auquel ils s'attaquent ?

Ce manque de formation se traduit d'une part par l'incapacité des membres u réseau à définir des objectifs opérationnels (c'est-à-dire sous forme de résultat attendu concret), et d'autre part par l'animation du réseau par les différents participants.

Q3.Rôle des réseaux dans l'organisation des soins :

Ils apportent des solutions à des problèmes non résolus par le système tel qu'il est configuré en essayant d'optimiser l'existant.

Ils permettent une coordination de tous les acteurs ce conduit à améliorer leurs performances.

Q4.La politique des réseaux en France :

En PACA par exemple il y a une réelle incitation à développer les réseaux et à les faire fonctionner (cf financements spécifiques alloués aux réseaux).

Q5.Exemples de réseaux qui fonctionnent :

En région PACA : le réseau sécurité naissance qui est un réseau institutionnel où les femmes sont orientées vers des niveaux de maternité en fonction des problèmes qu'elles rencontrent lors de l'accouchement. Cela a permis une réorganisation du système ainsi on ne retrouve dans les services de réanimation que les femmes dont l'état de santé le justifie. Raison de la réussite : le problème était clairement identifié et la réponse orientée clairement par les pouvoirs publics.

Mais on note également des exemples de réseaux qui ne fonctionnent pas : réseau sur le sida car les acteurs ont eu du mal à définir les problématiques et à trouver un consensus. L'animation u réseau est également en cause: difficulté pour mobiliser les différents intervenants et faire travailler les personnes ensemble.

Q6.Résistances et obstacles à la mise en place des réseaux :

Mauvaise perception des problèmes au sein du réseau (exemple du réseau sur l'hépatite C, les personnes sont dépistées mais pas forcément réorientées pour bénéficier d'un traitement adéquat. Les acteurs du réseau ne réalisent pas que le fait de se limiter au dépistage n'est pas suffisant et ne règle pas le problème).

Certains réseaux sont davantage des lieux de formation et d'échange d'information (conférences...) que des lieux de réflexion sur l'organisation du système afin qu'il réponde mieux au problème posé.

Lourdeur des dossiers à déposer à la DRDR.

Q7. Gestion commune de la DRDR :

Celle-ci fonctionne bien, les instances incitent par des appels d'offre à développer des réseaux qui couvrent des thématiques particulières.

Le binôme URCM-ARH fait en sorte que le dossier rentre dans un moule.

Q8. Coopération inter réseau :

Il existe de nombreux réseaux mais aucune coordination entre eux. Des patients atteints de multiples pathologies doivent-ils adhérer à tous les réseaux ou faut-il qu'il y ait une structure commune ;

Il n'y a pas encore de réseau de prise en charge globale.

Exemple de coordination possible des réseaux : mutualiser les moyens et les ressources (notamment la gestion financière, la mise en commun de personnel, de matériel par exemple mise en commun de mailing, de sites web et de bulletin d'information) des réseaux par la création d'une plateforme qui permettrait de bénéficier d'une équipe support qui travaillerait pour tous les réseaux. L'avantage de cette mutualisation est donc de bénéficier des expériences et d'apprendre des erreurs de chacun.

Les propositions de mutualisation sont très hétérogènes en fonction des territoires :

- création d'un Groupement de Coopération Sanitaire.
- mise en place d'une plateforme globale (réseau Pris Nord).
- mise en place d'une simple plateforme informatique (Bretagne).

Actuellement il existe des exemples de plateformes mis en place et financés mais cela reste à l'état d'expérimentation.

Q9. Articulation entre réseau de santé et parcours de soin coordonné :

Selon le docteur Pradier tout devrait être en réseau, le médecin généraliste devrait être au centre du réseau. Le médecin traitant doit pouvoir disposer d'une équipe pluridisciplinaire pour l'aider à prendre en charge le patient ; Exemple pour les personnes âgées : le médecin devrait disposer d'une unité mobile gérontologie plutôt que d'envoyer le patient à l'hôpital. Il ne serait pas normal que les médecins généralistes ou les familles ne soient pas assistés pour la prise en charge globale du patient.

« Le réseau est donc un outil parfait pour soutenir le parcours de soin coordonné ».

Q10.Optimisation de la formation initiale des professionnels de santé :

Il faudrait inscrire très tôt des éléments sur l'organisation des soins, la notion de réseau et l'intérêt à les développer. En effet la formation initiale des professionnels de santé reste très hospitalière et il y a peu de place pour la médecine libérale si bien qu'à l'issue de leur formation les jeunes médecins libéraux découvrent un monde qu'ils ne connaissent pas.

VIII) Pierre BERGMAN
Département de la Coordination et de l'Efficiéce des Soins
CNAMTS
Le 16 mai 2006

1) Bilan général :

- Quel bilan faites-vous actuellement des réseaux ? Quel est le rôle des réseaux de santé dans l'organisation des soins en France ?

Le texte de 2002 a recadré les réseaux. Avant, c'était l'hétérogénéité: réseaux Soubie, FAQSV...La mise en place des premiers réseaux DNDR date de 3 ans, un premier bilan est possible. Il y a 3 grands enjeux aujourd'hui :

a). L'évaluation des réseaux (une obligation au bout de 3 ans) : la qualité des évaluations est en jeu, on éprouve des difficultés pour évaluer les réseaux car on a peu imposé à l'époque (absence de cahier des charges). Elles sont très hétérogènes dans leurs modalités d'où difficulté à comparer les réseaux. Absence de réels cahiers des charges de l'évaluation alors même que c'est très important.

b). La gestion

Etat et AM régionalisés, cela fonctionne.

Incertitude sur le FAQSV (fin 2007 ?). Lancé en 2002, le FAQSV était une aide au démarrage des réseaux et une source de financement de l'évaluation. Il y a un manque de clarté sur les sources de financement : certaines actions sur la DNDR, d'autres sur le FAQSV sans cohérence. Il n'y a pas d'objectif de fusion des 2 fonds. Le FAQSV a un objectif lié à l'expérimentation tandis que la DNDR est un financement pérenne. Il faudrait une meilleure articulation entre les 2.

c). Un nouvel enjeu avec l'arrivée du médecin traitant et complémentarité : à voir par thématique (en matière de soins palliatifs, le médecin ne peut pas tout faire seul ; pour le diabète, c'est moins évident). Un projet pourrait être de voir ce que le médecin ne peut pas tout faire tout seul, et de mettre ce type d'actions en réseau.

L'objectif premier est d'abord organisationnel puis de santé publique. On a assisté à un développement anarchique, les régions ont financé sans forcément respecter les cahiers des charges thérapeutiques.

- Existe-t-il une véritable politique des réseaux ? Que pensez-vous de la multiplication des réseaux ? (Groupe 15)

A titre personnel : Non on ne peut pas parler de politique. C'est d'ailleurs un problème : on développe les réseaux (multiplication des réseaux très différents les uns des autres) mais sans priorité ni articulation avec notamment la politique des risques.

Avec le SROS III, les ARH ont associé les réseaux au partage du territoire de santé ce qui est positif. Certains territoires comme Paris connaissent néanmoins un développement anarchique.

Une politique devrait être menée par la DHOS et la CNAM, conjointement.

La multiplication des réseaux pose des problèmes, environ 400 réseaux sur la DNDR : si 1 médecin est dans 10 réseaux il peut y avoir chevauchement. Question de la coordination de ces

réseaux via un réseau territorial. Par exemple regroupement géronto et soins palliatifs. Regrouper en un lieu unique avec quelques équipes selon les missions. Encore à l'état de réflexion. La situation n'est plus celle de 2002.

- **Pouvez-vous nous citer des réseaux qui fonctionnent ? (Sur quels critères d'évaluation basez-vous votre analyse?)**

C'est une question très compliquée car les réseaux reposent souvent sur des personnalités. Par ailleurs, il faut ajouter le problème du territoire.

Par exemple, le réseau Aix / MSA en gérontologie marche très bien tout comme quelques réseaux diabète. Les soins palliatifs sont plus difficiles à évaluer. La MSA a fait une étude là-dessus avec la détermination de critères d'efficacité. L'étude semble aller dans le sens d'une économie financière due au réseau.

2) Obstacles et difficultés:

- **Pouvez-vous nous expliquer les résistances et les obstacles à la mise en place de réseaux de santé ? Comment se passe la coordination entre les différents acteurs?**

Le suivi n'est pas forcément bon (manque d'indicateurs...). Le travail administratif est très lourd et pas forcément justifié. Problèmes importants au niveau budgétaire.

Globalement la coordination marche bien pour les réseaux de proximité et moins bien pour les grands réseaux (exemple des réseaux de périnatalité, réseaux entre hôpitaux, avec une faible association des médecins de ville). Le décloisonnement a bien marché même si des réseaux sont fermés (hospitalo-centré par exemple sans intégration des médecins de ville).

- **Comment se passe la gestion commune de la DNDR ?**

C'est très variable suivant les régions, sujet assez compliqué. Dans certaines régions c'est l'URCAM qui fait tout parfois l'inverse avec l'ARH. C'est un souci : on associe assez peu les compétences médicales dans les réseaux (le service médical de l'assurance maladie est peu associé). Un projet serait d'intégrer le service médical au moins au sein des comités des régions.

Il y a une vraie crainte financière s'agissant de la DNDR : l'enveloppe a constamment progressé, en 2006 également mais cette fois la progression est faible. La question se pose du contrôle de cette évolution financière.

- **Quels sont les freins au développement des réseaux ?**

Problème des prestations dérogatoires : elles sont variables selon les régions et même à l'intérieur des régions, prestations définies de façon trop hétérogène, il faut en évaluer la pertinence, faire une harmonisation pertinente au niveau national. C'est un pré requis à l'articulation entre médecin traitant et réseaux.

Autre frein, la lourdeur administrative ressentie tant par rapport à la création d'un réseau que par rapport à la participation à un réseau.

La rémunération est variable mais ce n'est pas l'argument principal.

- **Quels sont les chantiers actuels qui peuvent favoriser le développement des réseaux ? Quel avenir pour les réseaux aujourd'hui ? Utilité ? Uniformité ? Solution, garantie, pérennité ? (groupe 18)**

Un projet est en cours, sûrement sous forme législative. Il faudrait diminuer la charge du dossier des promoteurs, alléger les procédures. On leur demande beaucoup alors qu'ils n'en ont pas forcément les moyens ou le temps. Il faut à la fois cadrer et alléger les procédures. Travail en cours : cahiers des charges par thématique (donner précisions et indicateurs de suivi) + un nettoyage des textes par voie législative qui est un objectif à court terme (d'ici 2007)

Par exemple, les budgets des réseaux sont «mauvais » : les budgets des réseaux ne sont pas calés sur une année civile.

La caisse paie sur factures, il n'y a pas d'ajustement des ressources par rapport aux dépenses, il y a des avances de trésorerie énormes. Les budgets des réseaux ne sont pas très clairs, ils sont mal suivis avec des inconnues.

- **Quelles différences faites-vous entre parcours de soins coordonné et réseaux de santé ? Quelles sont les articulations possibles ?**

Sur le médecin traitant, c'est une question à regarder par thématique. Par exemple, pour les soins palliatifs le médecin ne peut pas tout faire, c'est moins évident pour le diabète. Projet : voir ce que le médecin traitant peut faire tout seul et articulation avec les réseaux. Notre rôle aussi de montrer que les réseaux sont utiles au médecin traitant.

Le médecin traitant reste le principal interlocuteur, ça a pu être oublié. Les réseaux sont alors plus un support pour le médecin traitant. L'autre option serait sinon de diriger les réseaux vers le Disease management. Il existe de nombreux réseaux, un médecin peut être membre de plusieurs réseaux. Dans un premier temps, certains réseaux devraient se regrouper. Par exemple, la gérontologie pourrait très bien être regroupée avec les soins palliatifs.

Sinon le système est trop complexe, il faut un interlocuteur unique. Autre idée = des maisons de la santé où tout serait concentré sur un seul lieu.

3) Perspectives :

- **Comment pensez vous pouvoir développer la dimension préventive au sein des réseaux ?**

Elaboration de cahiers des charges qui vont recadrer le rôle des réseaux, il n'y aura pas de financements si non respect de ces orientations. C'est au promoteur lui-même d'agir.

Egalement intervention via les plans nationaux (qui n'existaient pas avant).

- **Comment optimiser la formation initiale des professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge des soins de santé primaires ?**

Cela existe déjà, il y a une obligation de formation (formation continue). Il n'existe néanmoins rien et pas de projet prévu sur la formation initiale ce qui est dommageable mais ce n'est pas la priorité.

- **Pensez-vous que les réseaux de santé constituent un outil de coopération parmi d'autres ? Sont-ils amenés à devenir le principe d'organisation des soins primaires ? si oui, sous quelle forme ?**

Il faut attendre pour juger eu égard à l'application de la réforme du médecin traitant. Les réseaux sont des structures assez lourdes parfois. Ils constituent avant tout un outil de coopération. Le

réseau a de l'avenir mais sous conditions, pour le moment pas d'autres réflexions (pour la CNAMTS les réseaux pas encore le sujet, pas vraiment une priorité).

- **Sur une éventuelle forfaitisation ?**

Monsieur Bergman ne sait pas. Cela peut très bien se passer si le forfait est clairement relié à l'idée d'un réseau avec un cahier des charges bien défini (objectif à réaliser dans les 2 ans). Problème de la double rémunération par exemple avec les soins palliatifs = des professionnels de santé qui suivent patients dans et à côté des réseaux palliatifs. En fait, n'existe pas car les forfaits n'existent pas.

IX) Françoise Frégeac et Isabelle Saporta
Cellule d'accompagnement des réseaux gérontologiques
MSA
Le 16 mai 2006

1) Bilan général :

- **Quel bilan faites-vous actuellement des réseaux ? Quel est le rôle des réseaux de santé dans l'organisation des soins en France ?**

La MSA a commandité une étude d'évaluation des réseaux de gérontologie qu'elle accompagnait, pour la période 2002/2003. Le bilan est très positif : sous l'angle de la santé publique, le taux de décès est moins important dans un réseau que dans un groupe témoin ; les patients et les professionnels sont plus satisfaits ; sous l'angle économique, des dépenses d'hospitalisation diminués d'environ 23 %, malgré un coût important de départ (rémunération des professionnels, prise en charge à titre dérogatoire).

En milieu rural, où la MSA est très présente, le tissu médical est faible, notamment en spécialistes, comme les gérontologues. Les réseaux de santé permettent de s'appuyer sur les généralistes aidés par d'autres professionnels de santé. Ceci permet de répondre à l'attente de la population rurale, souvent dépendante et très attachée au maintien à domicile. Le réseau peut être le moyen de rompre l'isolement en milieu rural d'autant plus que les professions de santé sont déjà éclatées.

- **Existe-t-il une véritable politique des réseaux ?**

Il n'existe pas de politique nationale des réseaux.

La notion même de réseau est complexe : pour la MSA, le réseau doit intervenir dans les interstices, il ne doit pas se substituer aux opérateurs. Des incertitudes ne sont pourtant pas levées : le réseau a-t-il une fonction de coordination ou d'organisation ?

Il n'y a pas d'unité. Ainsi, pour le diabète, il existe des réseaux diabète, un plan diabète. Mais quand une personne âgée souffre de diabète, doit-elle aller dans un réseau de gérontologie, de diabète, dans les deux ? Sans action, elle se retrouvera à l'hôpital.

- **Pouvez-vous nous citer des réseaux qui fonctionnent ? (Sur quels critères d'évaluation basez-vous votre analyse?)**

L'évaluation a permis de montrer que globalement les 17 réseaux accompagnés par la MSA fonctionnent correctement.

Accord pour fixer des critères d'évaluation au niveau central, mais fondés sur la qualité.

2) Obstacles et difficultés:

- **Pouvez-vous nous expliquer les résistances et les obstacles à la mise en place de réseaux de santé (préciser le jeu des acteurs : URCAM, ARH, etc.)**

L'article 59 de la loi de 2004 a reconnu aux caisses locales de la MSA la possibilité de coordonner ou d'aider les réseaux, ce qui permet le développement d'une offre de services vers le médical et le social. Ce n'est pas le cas pour le régime général, il n'y a pas d'offre de social. Or, les caisses primaires du régime général n'ont pas une culture de la proximité, au sens d'offrir des services supplémentaires à leurs adhérents.

Les conditions de financement sont très dures.

Concernant l'hôpital, il faut ne pas l'exclure, car c'est un acteur important ; mais il faut aussi ne pas le privilégier. Or, la DHOS, de par ses fonctions, le défend naturellement.

Pour les patients, il s'agit de ne pas leur donner l'impression qu'ils sont obligés d'entrer dans un réseau, car il s'agirait d'échanges de bons procédés entre professionnels de santé.

Il faut tenir compte des aidants (familles, aide à domicile, etc.). En effet, la prise en charge par des réseaux a des limites ; elle n'est que médico-sociale.

- **Comment se passe la gestion commune de la DRDR ?**

Selon les régions, les modalités de fonctionnement sont très variables. Dans une région, une ARH peut être très rigoureuse dans la distribution des crédits. Dans une autre, l'URCAM peut attendre l'avis de l'ARH, et dans l'intervalle, le réseau n'est pas financé. Il apparaît que la CNAM et la DHOS ne maîtrisent pas toujours l'action de leurs propres services déconcentrés.

- **Quels sont les freins au développement des réseaux ?**

Le financement est peu lisible. Concernant le FAQSV, le dossier médical personnel et l'évaluation des pratiques professionnels absorbent une grande partie de l'enveloppe (du FAQSV ou de la DRDR ?)

Le financement des réseaux n'est pas assuré. Des craintes existent pour l'avenir, au vu des situations présentes. Ainsi, il existe des réseaux sans financement, car ils ne répondent pas à des exigences trop importantes : demande d'extension de réseaux alors que fortes difficultés pour attirer des professionnels de santé ; demande de budget prévisionnel un an à l'avance ; peu d'URCAM acceptent de prendre en charge les frais d'évaluation, alors que les ARH et les URCAM demandent des évaluations externes.

Les conseils généraux, quant à eux, sont peu empressés à accorder des subventions. Il y a, du point de vue de la MSA, une réelle inquiétude sur le financement à terme des réseaux et donc sur la caractère pérenne de leur existence.

Les textes récents (loi de 2004, convention médicale de 2005) n'ont pas intégré la dimension réseaux.

- **Quels sont les chantiers actuels qui peuvent favoriser le développement des réseaux ?**

Un cadrage des règles est souhaité. Aujourd'hui, les financements apparaissent incohérentes.

Projet à terme : un gros réseau par bassin de population, avec à l'intérieur, des projets séparés.

Les leçons de l'expérimentation : respect de conditions préalables à la mise en réseau (bassin de population large, population cible minimale, densité suffisante de professionnels de santé disponibles) ; démarche d'accompagnement forte (associations avec un personnel formé et motivé ; implication des caisses d'assurance maladie).

A côté du rôle pivot du médecin généraliste, la coopération ville-hôpital (ouverture de l'hôpital au médecin généraliste) et l'articulation du sanitaire et du social (prise en charge globale de la personne âgée) caractérisent positivement l'organisation actuelle.

- **Quelles différences faites-vous entre parcours de soins coordonné et réseaux de santé ? Quelles sont les articulations possibles ?**

Les réseaux donnent du sens au parcours de soins.

Le médecin traitant reste au cœur du système. Il se sert des différents outils à sa disposition, dont les réseaux. Il est le coordinateur du réseau pour ses patients et avec les professionnels.

Il convient tout de fois que le généraliste fasse partie du réseau.

Dans les faits, le médecin qui suit le patient est le généraliste, « médecin de campagne ».

Perspectives :

- **Comment pensez vous pouvoir développer la dimension préventive au sein des réseaux ?**

La MSA est peu favorable à mélanger le curatif et le préventif. La MSA a une prise en charge axée sur la dépendance. Ainsi, les patients très peu dépendants (GIR 5 et 6) n'ont pas vocation à entrer dans des réseaux. De même, pour le cancer, s'il reste à faire de la prévention et du dépistage, ce n'est pas forcément dans le cadre des réseaux. Le réseau n'est pas un relais positif des actions de préventions, il n'est pas sûr que ce soit le dispositif le plus adapté.

- **Pensez-vous que les réseaux de santé constituent un outil de coopération parmi d'autres ? Sont-ils amenés à devenir le principe d'organisation des soins primaires ? Si oui, sous quelle forme ?**

Le réseau est un outil à la disposition du médecin traitant. Il est une solution majeure au problème de l'organisation et au problème du financement des soins primaires en France.

Propositions :

- diminuer l'évaluation ; ne faire des évaluations externes que par sondage, sur un échantillon aléatoire ou selon des critères déterminés
- choisir des départements ou des régions tests, et pas toute la France, pour faire les expérimentations

X) Paul Le Meut
Médecin généraliste,
Président de DOMIPALLIA,
Le 17 mai 2006

Ce médecin est également délégué régional du syndicat MG France et responsable régional de MG Form qui propose des formations aux médecins dans le cadre conventionnel.

Il travaille par ailleurs au CHU, est maître de stage et assure un enseignement à la faculté de médecine en 3^e cycle de médecine générale.

Les réseaux ce qu'ils sont :

- Les réseaux qui fonctionnent sur un mode relationnel marchent mieux que les réseaux de type institutionnel tel que le réseau ville hôpital. Par exemple le réseau ADAMU (association départementale d'aide médicale urgente) a bien marché car il était à l'initiative des professionnels.
- L'utilisateur ne voit pas le réseau, sa relation est plus facile avec le médecin généraliste.
- Le réseau est de plus en plus imposé d'en haut (par l'ARH), mais il n'y a pas de réelle volonté politique, «c'est l'effet camion rouge, de l'affichage pour montrer qu'on fait des choses ».

Les médecins généralistes et les réseaux :

- Dans la pratique le réseau ville hôpital peut améliorer les liens avec les infirmières libérales, mais il n'y a pas d'amélioration pour les médecins généralistes (pas de retour d'information, pas de suivi du patient). Le médecin généraliste est plutôt une «variable d'ajustement ». Il n'est pas reconnu voire méprisé par les médecins hospitaliers.
- Il est parfois nécessaire à la constitution d'un réseau, un « médecin alibi » qui peut devenir alors un correspondant privilégié.
- Deux démarches se confrontent : en médecine générale, la démarche inductive avec pour objectif la guérison, en médecine hospitalière, la démarche déductive avec pour objectif de nommer la maladie.
- Le réseau ville hôpital est une institution très (trop) structurée. Il y a une logique institutionnelle et pas une logique interindividuelle. Le centre en est l'hôpital.
- Les médecins généralistes souhaitent majoritairement quitter les réseaux.
- Il y a le problème des 57 heures, temps de travail moyen en médecine libérale.
- Il y a une « polythématique » et trop de réseaux sur le secteur (palliatif, alcoologie, lombalgie, toxicomanie, HVC, gérontologie, diabète, bientôt cancérologie).

Les réseaux ce qu'ils pourraient être :

- Un modèle alternatif. Il faut avoir un intérêt à travailler ensemble que chacun « y trouve son compte ».
- Par exemple DOMIPALLIA s'occupe exclusivement des soins de ville. Ce type de réseau permet de travailler ensemble, de parler à égalité avec l'hôpital en ce qui concerne le positionnement, les modes de fonctionnement.
- L'hospitalisation à domicile rejoint la dynamique des réseaux avec comme risque une substitution à l'ambulatoire. Elle exporte le modèle hospitalier comme le réseau ville hôpital.

La coordination des réseaux :

- Sur Rennes et le département, il y a 4 réseaux, dont DOMIPALLIA, qui s'occupent des soins palliatifs. Il y a des réunions hebdomadaires, mais on manque de lisibilité par exemple sur l'évaluation des actions menées.

- En fait, « on laisse faire, on verra demain si on évalue », la démarche actuelle est « pipeau ».
- En ce qui concerne DOMIPALLIA, il y a 7 généralistes et 6 infirmières libérales. Il n'y a pas de coordonnateur pour ne pas spécialiser la fonction, mais 7 relais (binômes médecin-infirmière).

Médecin traitant / médecin référent :

- Une bonne idée mais une pratique « nulle ».
- En fait il y a deux modèles philosophiques, la filière et le réseau. Le réseau est théoriquement centré sur le patient, en fait sur le plus puissant. C'est un rapport de force. La filière répond aux soins primaires, c'est le médecin traitant.
- Mais au vu des exceptions mises en place par la convention médicale et la nouvelle nomenclature des actes médicaux, c'est une « non réforme ».
- Il y a des oppositions syndicales entre médecins généralistes et médecins spécialistes, les caisses d'assurance maladie ont fait le choix des médecins spécialistes.
- Le dispositif de médecin référent était plus « intelligent » (engagement des médecins et des malades, le tiers payant ...). Mais il y avait un problème par rapport à la filière car pas d'incitation à passer d'abord chez le généraliste.

Réseau/médecin traitant :

- L'un et l'autre ne sont pas contradictoires. Ils respectent le libre choix du patient.
- Dans le réseau le patient est orienté (balancé) d'un professionnel à l'autre (« flipper »), le médecin traitant est dans la logique de filière, dans une hiérarchisation de l'organisation des soins.
- La maison de santé a des avantages comme la permanence des soins, mais il peut y avoir des contraintes et un financement désavantageux.
- Il faut un altruisme individuel pour rentrer dans une dynamique de réseau qui est antifilière.
- Cela pose la question des capacités d'organisation des professionnels en ambulatoire (problème du financement des temps hors consultation, de l'auto organisation).
- La création d'un centre de gestion de la DRDR pourra permettre une mutualisation de moyens, la standardisation du budget.

XI) Daniel GUILLERM
Président de Cap Réseau Bretagne
Le 18 mai 2006

Présentation de l'association

Cap Réseau est une association loi de 1901 créée en 2002 sous l'égide de l'URML avec la collaboration d'autres professionnels de santé non médecin. Elle a bénéficié d'un financement FAQSV en 2004 et 2005. L'instruction de son dossier pour l'année 2006 est en cours.

Elle a vocation à apporter une aide au développement des réseaux de santé aux 15 000 professionnels de santé qui exercent en Bretagne. Elle contribue à amener les professionnels libéraux à acquérir une vision collective de l'organisation des soins.

L'un de ses objectifs est de mettre en place un pôle d'expertise régional.

Elle contribue à la mise en place de formations

Cap Réseau participe à différentes instances dont :

- la Commission régionale de santé.
- la MRS (3 voix). L'association représente la MRS au sein du comité régional des usagers.
- elle participe à l'élaboration du SROS par le biais des 8 conférences sanitaires territoriales.

Moyens : 1 chargée de mission, 1 expert, 1 secrétaire.

Conception des réseaux

Constituent un outil essentiel dans le domaine de la prévention.

Contribuent à diffuser l'interdisciplinarité

Un instrument de formation entre professionnels de santé. Souligne le grand intérêt des réunions de concertation autour des prises en charge.

Les obstacles au développement des réseaux

La culture libérale et le paiement à l'acte

La difficulté des médecins libéraux à « lever la tête du guidon ».

Le manque de culture interdisciplinaire des médecins. Une certaine conception hiérarchisée des professionnels de santé (« les autres professionnels n'existeraient que par la prescription médicale »).

Les difficultés, les problèmes

La multiplication des réseaux : apparition d'un « millefeuille de réseaux ».

La crainte d'une hiérarchisation des réseaux comme réponse à la multiplication. Il existerait une tentation de l'institutionnalisation notamment au niveau de la MRS.

La juxtaposition des réseaux. Une véritable culture des réseaux implique des procédés de mutualisation. Mais celle-ci n'existe pas. Les réseaux restent au stade de la « soupe primitive ». L'amalgame des différentes composantes ne s'est pas produit.

Le financement alloué aux réseaux est certes en augmentation constante mais reste trop faible (0,3% de l'ONDAM) pour permettre de transformer le système de santé. DG estime qu'il existe une politique de rationalisation et une volonté de décroisement au niveau politique mais que celles-ci ne sont pas appuyées sur des moyens suffisants.

Les limites de l'auto évaluation. Dans les faits, celle-ci équivaut plutôt à un bilan d'activité.

La coopération entre les acteurs

La coopération entre les acteurs institutionnels et les libéraux est avancée en Bretagne. Cf. positions du directeur de l'URCAM.

L'URML Bretagne s'engage en faveur du développement des réseaux.

Les perspectives, propositions

Nécessité d'une cohérence territoriale et régionale

Il est nécessaire de développer la coordination entre les réseaux. Mais sans toutefois introduire de fait une hiérarchisation. Il s'agit donc plutôt d'une mutualisation sur une base horizontale, égalitaire.

Créer du lien entre les réseaux

Attribuer les financements de manière sélective. « Ne pas financer tout et n'importe quoi ».

Il convient d'articuler plus clairement les réseaux sur les priorités de santé publique

Il convient de développer les contrôles.

Perception de la mise en place du médecin traitant

Le système est déjà trop centré sur le médecin. Il devrait être davantage organisé autour du patient. Ceci supposerait notamment d'accorder une plus grande place à l'éducation du patient et à la prévention.

Le dispositif du médecin traitant peut toutefois avoir un impact positif sur le développement des réseaux s'il débouche sur une rationalisation qui permette aux médecins de se dégager de sa pratique.

XII) Monsieur G. Marqué
Chargé de mission ARH Nord Pas de Calais
Le 15 mai 2006

Généralités sur les réseaux :

- En terme de réseau, la **notion de concurrence est à proscrire** : on ne peut pas construire un réseau si on raisonne sur cette notion là.
- **L'usager au sein du réseau est une notion fondamentale**
- Aujourd'hui on ne dispose **pas de statistiques précises** sur le nombre d'utilisateurs inclus dans un réseau de santé sur une région donnée.
- Critères de choix pour autoriser la **création d'un réseau** vont devenir **plus directifs** dans les prochaines années : l'ARH sera en mesure de donner des directives en terme d'endroit d'installation en fonction des besoins et de l'offre déjà en place.
- La mise en place d'un réseau est le résultat de la rencontre de deux cultures, l'innovation et la prise d'initiative ainsi que l'envie d'aller au plus près des besoins d'une population. Cette création est le plus souvent issue du **monde associatif** donc met en jeu des acteurs déjà fortement engagés qui sont très demandeurs d'évaluation.
- Nécessité de faire des **choix en terme de qualité et d'efficacité**.
- Un réseau ne **peut pas reproduire la structuration hiérarchique** de l'hôpital.

La réponse à la demande de création d'un réseau :

- Notion de guichet unique simplifie le système
- **Les éléments discriminants** à la lecture des documents fournis pour la création du réseau doivent aller dans le sens
 - d'une **démarche participative**
 - D'un travail en **pluridisciplinarité**
 - D'une **approche santé publique** de la prise en charge avec la question de la qualité de vie du patient
 - D'un travail **en fonctionnalité** qui ne peut en aucun cas reproduire le fonctionnement hiérarchique des institutions hospitalières

Influences politiques sur les réseaux (niveau local) :

Les réseaux gérontologiques ne sont pas touchés par cette influence car le réseau est par nature issu du lieu associatif donc militant (différent du poids politique pur. Il est important de différencier le politique (ARH) et la logique territoriale. Le réseau vise la mise en pratique de la **démocratie sanitaire**. Les acteurs des premiers réseaux sont des gens qui ont voulu un changement complet de l'approche de la santé sans financement au départ.

Relations entre les différents acteurs :

Il est important de séparer les rôles entre tutelles et réseau : on ne peut être à la fois décideur et promoteur de réseau.

Avenir des réseaux :

- Une forme de regroupement doit prévaloir par rapport aux autres : celle qui met en avant des **modalités d'organisation cohérente par thématiques**. Trois grandes orientations à retenir :

- réseau autour **du domicile**
- réseau autour d'une offre en **matière d'éducation**
- réseau **régionaux** (filière complètes autour de thématiques très ciblées comme certains prises en charge de handicap spécifiques et rares).

Cette organisation est différente de la notion de réseau global qui à moyen terme est non viable.

- Il y a une réorganisation de la stratégie avec la mise en œuvre d'une couverture territoriale cohérente qui ne permet pas de financer tous types de réseaux locaux/ il faut privilégier des prestations par famille de réseau selon deux axes essentiels : le domicile et l'éducation du patient par zone de proximité.

Les réseaux gérontologie sont une priorité du fait du vieillissement de la population et du positionnement au niveau du domicile. Pour cela il est important de mettre en place des liens entre réseaux de même nature (par exemple géronto et soins palliatifs).

Le métier fondamental du réseau est celui de **coordinateur** : l'intérêt est d'avoir une **coordination forte** c'est à dire un coordinateur pour plusieurs réseaux de même nature (sinon coordination faible qui fait perdre du poids à l'ensemble des réseaux par rapport aux différentes institutions alentour et en particulier l'hôpital).

Cette organisation va paraître évidente dans quelques années quand le déficit médical sera important : le travail se fera plus en complémentarité à partir de la demande de soins.

On ne peut pas encore parler de réseau de réseau, mais cela viendra.

Le **seul moyen efficace** de faire de la **santé publique** c'est de travailler **en réseau** ; cette démarche permet de se centrer sur les besoins exacts du malade et de donner à un parcours de soins.

Dans ce parcours, le travail de médecin s'inscrit dans **une complémentarité** : celui ci en fonction d'une problématique donnée doit être en capacité d'orienter le malade vers le parcours adapté (nécessité de connaître l'offre de soins à disposition).

XIII) Brigitte SIMON
Médecin inspecteur régional
DRASS Pays de la Loire
Le 18 mai 2006

1) Bilan général

Quel bilan faites-vous actuellement des réseaux ? Quel est le rôle des réseaux de santé dans l'organisation des soins en France ?

Bilan

Les réseaux de santé ont changé le paysage, mais il n'y a eu aucune évaluation.
Il y a eu des missions de services publics quasiment transférés vers les réseaux.
Il faut toujours la présence d'un établissement de santé dans un réseau.

Rôle.

Les réseaux de santé s'ouvrent de plus en plus au dépistage, à la prévention.

De manière globale, les réseaux doivent respecter les objectifs initiaux liés à la DRDR: réseau par pathologie.

Il y a toutefois des tentatives de faire plus de prévention, plus de social, au-delà de la prise en charge médicale.

Exemple les réseaux cancéro : il participent à l'écriture de référentiels, ce sont des réseaux pluridisciplinaires. Ils permettent de maintenir la compétence dans différents établissements. Les moyens sont les visioconférences, les conférences. Ils permettent un maillage du territoire, des réunions pluridisciplinaires et une formation continue.

Quelle implication des médecins libéraux ? Elle est obligatoire dans la définition des réseaux, mais il y a des dossiers où leur implication est difficile.

En cancérologie, il y a une spécificité de participation des spécialistes libéraux dans les réunions pluridisciplinaires.

C'est plus compliqué pour les généralistes. Ce n'est pas une question de perte d'argent. Il y a plusieurs raisons :

- une question d'organisation : il est difficile de multiplier la participation à plusieurs réseaux
- il y a une certaine crainte d'être sous l'autorité opérationnelle des hôpitaux.

Les généralistes voient plus facilement l'efficacité d'un réseau de soins palliatifs. Mais quand il s'agit d'un réseau régional, géographiquement distant de son cabinet, ils se posent des questions sur l'efficacité du réseau. Ainsi, les URML sont un peu sceptiques.

Existe-t-il une véritable politique des réseaux ?

Il n'y a pas de coordination nationale sur la politique des réseaux. Il n'y a pas de partage entre les régions sur qui fait quoi.

L'ARH se réfère plus au SROS, l'URCAM se réfère plus au PRSP.

Pouvez-vous nous citer des réseaux qui fonctionnent ? (Sur quels critères d'évaluation basez-vous votre analyse?)

Un bon réseau est un réseau qui respecte ses engagements et qui est capable de rendre compte de son activité, qui est reconnu par les professionnels et les tutelles.

Exemple d'un réseau de cancérologie : nombre de rencontres pluri-disciplinaires, etc.

Exemple d'un réseau de périnatalité: reconnaissance par les professionnels, mettre en place ses propres instances de formation.

L'évaluation

Il faut distinguer le suivi et l'évaluation.

Les objectifs ne sont pas globaux : augmentation de la qualité de vie, augmentation de la durée de vie. C'est difficile à mesurer : il faudrait des groupes témoin, des comparaisons entre régions. Ce n'est pas cela qui est demandé au réseau. Ce qui est demandé, c'est ce qu'il va faire, comment (RCP), et ce qu'il a fait (suivi).

Exception, la cardiologie, où il y a une amélioration médicale.

L'évaluation externe coûte cher ; elle consiste dans la vérification extérieure du suivi du fonctionnement.

2) Obstacles et difficultés:

Pouvez-vous nous expliquer les résistances et les obstacles à la mise en place de réseaux de santé (préciser le jeu des acteurs : URCAM, ARH, etc.)

Une des principales difficultés est la multiplication des réseaux, ce qui pose problème aux médecins libéraux. La coordination de réseaux ne réglerait rien car il y a des limites. Il faut arrêter au-delà d'un certain nombre de thématiques. Mais dans le même temps, le passage par un réseau devient un passage obligé.

Il faut à la fois quelques réseaux par pathologie bien choisie, et des réseaux territoriaux ajustés par rapport au territoire de santé (SROS, c'est une simple idée)

Comment se passe la gestion commune de la DRDR ?

Il y a des appels à projets, sur la base des SROS et des PRSP. Ils sont examinés par les différentes institutions.

Il existe un secrétariat commun des réseaux. L'URCAM reçoit tous les dossiers.

Il n'y a pas de véritable problème d'organisation. Il n'y a pas d'urgence à financer un réseau. Cela prend en général, du dépôt de dossiers au financement, entre six mois et un an la première année, puis le financement est reconduit chaque année.

Quels sont les freins au développement des réseaux ?

Il s'agit de bien faire fonctionner les réseaux, de les suivre et de les évaluer.

L'évaluation doit être restreinte, concentrée sur quelques réseaux, et approfondie : les réseaux avec de l'ancienneté, ceux qui ont des difficultés, par pathologie, ou pour la valeur pédagogique de l'évaluation. Il faut également assurer le suivi de l'évaluation.

L'évaluation bien menée est essentielle, avant de généraliser les expérimentations : exemple des réseaux de périnatalité.

L'évaluation médico-économique est très compliquée.

Quelles différences faites-vous entre parcours de soins coordonné et réseaux de santé ? Quelles sont les articulations possibles ?

C'est une très bonne question. En fait, les dispositifs fonctionnent plutôt en parallèle. Pour réfléchir sur l'articulation possible entre réseaux de santé et le parcours de soins coordonné, il faudrait d'abord évaluer quelle est la plus-value du parcours de soins.

3) Perspectives

Comment pensez vous pouvoir développer la dimension préventive au sein des réseaux ?

La dimension préventive est balbutiante. Sa mise en œuvre est compliquée.

Comment optimiser la formation initiale des professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge des soins de santé primaires ?

Sous la forme de conseils, de sensibilisation.

Sont-ils amenés à devenir le principe d'organisation des soins primaires ? Si oui, sous quelle forme ?

Il semble qu'on ait mis en œuvre les réseaux avant d'avoir réfléchi à ce qu'étaient les soins primaires.

Référence à consulter : La santé en 2025, pour une régionalisation du système de soins, Péricart, Commissariat général au plan, novembre 2005.

XIV) Gaël Pérocheau
Chargé de mission réseaux de santé
URCAM des Pays de la Loire
19 mai 2006

Q1. Quel bilan faites vous actuellement de la mise en œuvre des réseaux de santé ?

Les réseaux sont actuellement très critiqués, c'est une sorte d'effet de mode. « Trop de réseau tue le réseau ».

3 types de réseaux existent :

- autour de généralistes pour la prise en charge de pathologies chroniques (diabète, asthme, ...)

Ce type de réseau a une influence sur la pratique des médecins (travail collectif), mais les effets sur la population sont limités (seulement 1 à 2% des patients diabétiques y sont pris en charge).

- autour de généralistes selon les différents âges de la vie d'un patient (personnes âgées, soins palliatifs).

- réseaux plus spécialisés. Les généralistes et autres professionnels de santé y interviennent moins. Ces réseaux sont plus pointus (cf. cancéro.).

Les réseaux peuvent proposer des prestations non financées dans le cadre des dotations légales. Ceci constitue un dépassement des limites assignées aux réseaux.

Les médecins peuvent difficilement adhérer à plusieurs réseaux.

Mais l'intérêt principal du réseau est de rompre l'isolement des médecins, de leur offrir une formation, des outils concrets.

On peut déceler une contradiction majeure entre d'une part les ministères et les plans de santé publique qui prônent le développement des réseaux de santé et d'autre part, des acteurs tels que les professionnels de santé et l'assurance maladie, qui y voient davantage une contrainte.

Q2. Quel est l'impact des réseaux sur l'organisation de l'offre de soin ?

En ce qui concerne les réseaux de généralistes, cet impact est limité.

Pour les deux autres catégories ils sont utiles notamment pour la prise en charge du grand âge : les médecins ont besoin de réponses qu'ils doivent chercher ailleurs et que les réseaux peuvent leur apporter. Il y a ainsi une perspective de développement des réseaux pour ce type de prise en charge (vieillesse, soins palliatifs et addiction).

Q3. Les réseaux sont-ils le principe majeur d'organisation de l'offre de soin ?

Cela est illusoire. Il faut choisir un moyen terme entre les acteurs de terrain et ceux qui perçoivent les réseaux comme la nouvelle organisation de l'offre de soin. Mais il est important dans un

premier temps de dégager des priorités en faveur de certains types de réseaux (personnes âgées, ...).

Q4. Qu'en est-il des autres professionnels de santé ?

Ils sont moins critiques que les médecins au sujet des réseaux mais la problématique est la même. Ils sont cependant davantage demandeurs d'un type de coordination souple que de réseaux trop formalisés, trop contraignants.

Q5. Y a-t-il concurrence entre HAD et réseaux ?

Il ne devrait pas y en avoir car les réseaux ne sont pas une offre de soins mais la coordination d'une offre préexistante. Mais il peut y avoir concurrence entre HAD, hôpital et médecins libéraux. La question de la coopération entre réseaux, médecins libéraux et hôpital se pose différemment selon que l'on se trouve en zone urbaine ou rurale. Dans des départements comme la Mayenne, la Vendée et la Sarthe où la démographie médicale est inquiétante, il est important d'encourager l'articulation de réseaux autour de l'hôpital local ou du CH.

Q6. Comment se passe la coordination de la DRDR ?

Chaque année les Pays de la Loire lancent des appels à projets. En amont un travail est effectué sur les priorités en s'appuyant sur les priorités de santé publique et sur le SROS3.

Une présélection précoce des projets est effectuée. Un large panel d'acteurs est associé (sécurité sociale, FHF,...). L'idée est de choisir les projets et de les accompagner ensuite. Cette phase de présélection permet d'encadrer rapidement les projets.

Q7. Quel est le type d'évaluation choisi ?

Il s'agit pour l'instant de l'auto évaluation pour deux raisons :

- l'évaluation externe est coûteuse.
- des expériences précédentes d'évaluation externes ont donné des résultats décevants. Travail des consultants peu satisfaisant.

L'auto-évaluation repose sur un rapport d'étape annuel, sur un cahier des charges opposable et une grille d'évaluation. L'appel à des intervenants externe pour l'évaluation n'est pas interdit mais encadré.

Q8. Y a-t-il une demande des usagers par rapport aux réseaux ?

Il n'y a pas demande spontanée émanant des usagers en faveur du développement des réseaux. La participation des associations d'usagers aux réseaux est encouragée. Evolution vers la systématisation de cette participation.

Q9. Quelles sont les adaptations du dispositif souhaitables pour l'avenir ?

Concernant la phase en amont il faudra abandonner les appels à projets (cela est imposé par les textes). Il faut être plus directif. Sous la forme d'une politique affichée il faut susciter la création de réseaux, il y aurait ainsi un calage des politiques de réseaux sur les territoires de santé.

Q10. Y a-t-il des résistances à la mise en place de réseaux ?

On est dans une phase de limitation des réseaux bien que l'ensemble des acteurs de santé soit demandeurs d'une politique de réseaux.

Il faut trouver un juste milieu entre laisser monter les initiatives locales et leur cadrage.

Q11. Quelle articulation entre réseaux et médecin traitant ?

On peut se demander s'ils ne sont pas contradictoires dans l'esprit de ceux qui ont fait la réforme.

Les réseaux sont un outil, dont le rôle est de coordonner. Le rôle du médecin traitant est de servir de porte d'entrée dans le parcours de soins. Par exemple pour les consultations de diabétiques les réseaux peuvent constituer une ressource pour les médecins traitants. Il n'y a pas de réforme incitative pour développer les réseaux par pathologie, on considère que c'est le rôle du médecin traitant.

Q11. Quelles sont les autres perspectives d'évolution du réseau ?

Il est nécessaire de clarifier la situation par des schémas de développement des réseaux.

Un autre enjeu est d'accompagner les réseaux vers l'évaluation, la mutualisation, l'articulation inter réseaux. L'idée est que les réseaux se parlent entre eux. Il existe des projets de mise en commun de moyens (locaux...).

Il n'y a pas en Pays de Loire de signes d'évolution des réseaux vers des réseaux de conseils.

Q12. Ya-t-il un projet de création d'un centre de gestion ?

Pas au sein de la MRS.

Mais le CHU mis en place une association qui fournit une aide aux réseaux pour les tâches de gestion.

XV) Pierre Larcher,
Médecin de santé publique chargé de mission « santé précarité et réseaux »
Direction générale de l'action sociale.
Le 19 mai 2006

Bilan des réseaux

Les mesures initiales pour aider les réseaux ont été détournées par les ARH et les URCAM. La moitié des réseaux se sont cassés la figure.

Ceci a entraîné l'effondrement de certains réseaux.

Cela traduit davantage les difficultés de mettre ensemble des logiques complètement différentes :

- aujourd'hui, l'intérêt est d'avoir des réseaux interstitiels, pour mettre de l'huile dans les rouages ;
- mais la logique de l'administration est de réglementer et de maîtriser. On ne simplifie pas, on rajoute quelque chose. C'est à l'opposé de la dynamique des réseaux, des gens de bonne volonté qui se mettent ensemble pour résoudre leurs difficultés.

Dans les ARH et les URCAM, il y a des gens de bonne volonté et de bonne foi, mais qui multiplient les difficultés.

La DHOS a énormément changé. Dans les ARH, cela se fait également avec les changements de directeurs. Au niveau des URCAM, c'est beaucoup plus difficile ; il y a eu une pollution de l'idée initiale par les ordonnances de 1996; on a essayé d'importer des États-Unis un système qui n'avait aucune chance de succès en France. On ne s'est pas appuyé sur des acteurs de terrain mais sur des économistes de la santé, qui ne connaissaient pas la réalité du terrain, et qui raisonnaient sur une analyse des États-Unis avec un retard de 10 ans. Or, on a vu qu'en 1993, il y a eu la chute de Medicare, ce qui a permis l'émergence d'une nasse de réseaux, les HMO. Leurs propriétaires, les assurances voulaient faire certes des économies, mais pour ensuite augmenter leurs bénéficiaires. Ceci n'a rien à voir avec l'idée française d'amélioration du système.

On a voulu faire des réseaux de soins, en ignorant qu'ils existaient déjà en France. « Bercy » a eu peur que les réseaux aient trop de succès en France, et que cela mette en cause le financement du système français. Ils ont donc incité à faire des dispositifs pour les soutenir, qui étaient en fait destinés à les « couler ». Un an après les ordonnances, le gouvernement n'avait toujours pas nommé les membres et le président de la commission d'instruction. Finalement M. Soubie a été nommé. Et aujourd'hui encore on finance les expérimentations Soubie.

L'administration des URCAM impose encore des règles prévues pour n'être applicables qu'aux réseaux Soubie. Or ces critères d'admission sont beaucoup plus contraignants. La lourdeur administrative des dossiers DRDR décourage de nombreux promoteurs de réseaux qui sont plutôt des soignants de terrain non formés pour « faire la paperasse ». Par ailleurs, le passage par des normes indépendantes du projet le dénature, il devient inapplicable.

L'articulation entre les réseaux se fait naturellement.

- au niveau global, depuis 1997, il existe une confédération nationale des réseaux qui regroupe des fédérations régionales des réseaux, mais que l'administration veut encadrer.

- dans l'exercice quotidien, quand on est installé en médecine générale, en cabinet commun, les médecins s'organisent selon des axes de pathologie presque naturels; donc, en général, un libéral est concerné par 1 ou 2 réseaux, même s'il peut avoir ponctuellement besoin d'1 autre.

Le réseau est fait pour gérer ce qui est commun.

Pourquoi n'y a-t-il pas généralisation des réseaux ?

Le démarrage est très lent. Quand il n'y a pas d'échanges localement, il faut inventer tous les outils. Sinon, le réseau s'installe plus fréquemment dans des endroits où il y a eu une vie associative importante antérieurement.

Comment favoriser aujourd'hui les réseaux ?

Dès les circulaires de 1996, et avec les circulaires antérieures (réseaux cancer, le diabète, et même les textes de loi), on a montré qu'il existait des ingrédients indispensables à la progression des réseaux :

- tous les membres du réseau y sont
- il faut garder une certaine souplesse et donc laisser la place aux initiatives à côté du réseau. Or, l'administration veut encadrer ce qui existe, ce qui risque de « tuer » les réseaux.
- chacun apporte sa pierre à l'édifice, contrairement à un système traditionnellement hiérarchisé : l'aide-ménagère à domicile doit pouvoir apporter des modifications aux réseaux qui doivent être prises en compte même par le professeur de faculté. De manière générale, il faut des changements culturels, mais cela prendra du temps.

En toute logique on devrait essayer de tirer les expériences des réseaux qui ont fonctionné au niveau local Or actuellement c'est plutôt au niveau central que se prennent les décisions sans vraiment tenir compte des initiatives locales.

L'enseignement des réseaux dans les facultés est difficile.

D'une part, cela dépend du ministère de l'enseignement supérieur, qui est une institution difficile à faire évoluer. D'autre part il y a aussi beaucoup d'autres choses à changer dans l'enseignement : la réalité ne doit pas s'apprendre uniquement au travers de stages intra-hospitalier, parce que seulement 20 % des problèmes de santé arrivent aux médecins, et parmi ceux-ci, 20 %, soient 4 % au total arrivent à l'hôpital, qui est donc un mode de prise en charge très minoritaire. Ainsi, plus de 90% des problèmes de santé échappent complètement à l'hôpital. Par ailleurs, dans les zones rurales isolées il y a un réel problème en terme de démographie médicale. Il serait donc intéressant d'orienter les stages vers ces zones en donnant aux personnes volontaires les moyens d'exercer leur activité (logement, voiture...)

Les résistances des professionnels de santé.

Les médecins

Les médecins âgés sont le fond de commerce des syndicats médicaux, et sont très attachés aux fondements de la médecine libérale (paiement à l'acte notamment). À l'inverse, les jeunes médecins préféreraient être salariés en travaillant par exemple dans un réseau. En effet, aujourd'hui :

- les jeunes sont moins bien payés que leurs aînés via le paiement à l'acte

- les gardes sont très lucratives, mais entraînent beaucoup de contraintes : les jeunes médecins veulent « avoir une vie » en dehors de leur travail.
- une plus forte féminisation du corps médical entraîne une plus grande importance accordée à la famille ; de même les mères de famille qui travaillent à temps partiel sont peu attirées par le paiement à l'acte.
- il y a un plus grand attrait pour le travail en groupe.

Les autres professions soignantes.

N'acceptent de travailler en réseaux que ceux dont l'identité professionnelle est garantie. Pour les médecins, cela est possible car ils ont un statut clair. Pour d'autres professions dont le statut est flou cela est plus problématique. Par exemple, les psychologues ont un statut qui pourrait être déstabilisé par d'autres soignants qui ont des connaissances sur le domaine (psychiatre, etc.). La même difficulté apparaît pour les éducateurs. Pour ce type de métier, il y a donc plus de difficultés à se confronter à d'autres corps de métier. Ce sont donc souvent des professionnels anciens dans ces métiers qui rentrent dans les réseaux.

Les évaluations

Elles s'assimilent plus aujourd'hui à du contrôle, alors que leur but est d'améliorer le fonctionnement des réseaux.

Il y a d'une part l'évaluation financière, qui est trop simpliste. D'autre part l'évaluation médico-économique qui est très difficile à faire, car elle devrait intégrer les coûts et bénéfices complets de la santé.

L'évaluation doit se faire à partir d'indicateurs fixés par les réseaux eux-mêmes. Il ne doit pas y avoir des fixations d'objectifs par les pouvoirs publics. Ils doivent tout de même prévoir un cadre d'objectifs nationaux et régionaux auquel peuvent volontairement adhérer les personnes. Il ne faut pas les imposer, sinon il y a une démobilisation. L'évaluation doit également permettre aux professionnels de confronter les objectifs qu'ils s'étaient fixés à leur travail au sein du réseau.

Il n'y a pas de formation à l'heure actuelle d'évaluateurs.

Les coordinateurs

Actuellement, le métier est insuffisamment professionnalisé. Les formations de coordonnateur des universités de Marne-la-Vallée et d'Aix-Marseille ne suffisent pas.

Le rôle du coordinateur :

- compliqué
 - organiser les différents fondements du réseau : Mettre en relation les réseaux qui touchent les mêmes populations Ex : réseau de personnes âgées en relation avec réseau Alzheimer ou réseau cancer. Leur proposer des formations communes.
 - organiser l'évaluation
- Se pose également le problème du coût de la formation de coordinateur.

Le DMP

C'est un « pollueur » depuis 10 ans. En fait l'information n'a jamais posé de problèmes dans les réseaux car localement il existait des solutions.

Prévention, réseaux et médecin traitant.

Dans les services d'urgence, on travaille dans l'urgence, donc cela coûte cher et les problèmes ne sont pas résolus. Les urgences sont l'échec des soins normaux qui ne sont pas assurés, car la prévention n'est pas effectuée. Pourtant, des exemples anciens montrent l'utilité de la prévention. Par exemple, avec le plan périnatalité de 1974, on a permis de diminuer fortement la mortalité grâce à la prévention. Mais la décentralisation a entraîné une perte de contrôle de l'état sur les PMI, les conseils généraux ayant parfois comme priorité la gérontologie. Il en est résulté une reprise de la mortalité. C'est pourquoi la santé devrait rester exclusivement aux mains de l'Etat.

Si la prévention est bien cadrée et ciblée à l'hôpital avec les MIGAC, elle n'est pas possible en médecine de ville. En effet, elle n'est pas admise dans les faits par l'assurance-maladie, qui ne peut pas distinguer entre le soin et le préventif. A un médecin qui sera installé dans un quartier défavorisé et qui fera beaucoup plus de consultations, l'assurance-maladie demandera de rentrer dans la moyenne de dépenses par médecin. Il en résulte qu'il n'est pas possible d'avoir une bonne prise en charge des pauvres, des maladies chroniques, des personnes âgées etc. Ce qui est assez difficile à entendre pour les médecins libéraux. L'attitude des médecins conseils n'est sûrement pas étrangère aux récents changements qu'a subi le système des médecins conseils. Ainsi, un médecin conseil dépend maintenant du directeur de la caisse et plus de médecins.

Dans ce cadre, l'institution du médecin traitant est inapplicable pour ceux en ayant le plus besoin.

La prévention bien que permettant de réaliser des économies sur le long terme ne semble donc pas être une priorité pour l'assurance maladie qui ne voit que par la rentabilité à court terme.

La DRDR

Elle n'est pas encore utilisée totalement. Les raisons en sont les délais de mise en route, et la rigueur de la sélection.

Quel avenir pour le développement des réseaux ? Laisser-faire ou être plus incitatif ?

Les réseaux se développent actuellement selon une courbe exponentielle. La problématique est de ne pas casser trop vite cette croissance. Si la multiplication entraîne plus de risques de mauvaise qualité, il faut donc essayer de professionnaliser les réseaux. A l'inverse, avec une rigidité excessive, la courbe de croissance peut s'inverser. Or un certain nombre de réseaux doivent subsister. Mais depuis 5 -6 ans, on assiste à une division au moins par 2 du nombre de réseaux.

Les réseaux, une notion générale

Les réseaux existent dans différents domaines. On s'aperçoit qu'ils doivent utiliser les mêmes outils.

Les réseaux de santé existent car le monde médical a permis leur expression en liaison avec le paiement à l'acte. Alors que les réseaux dans le social ont plus de difficultés à rendre public leur

travail. Il y a des problématiques, des règles, des outils communs dans d'autres domaines concernant le partenariat entre institutions : exemple des ateliers santé-ville, etc.

La loi de 2002 sur les réseaux est très ouverte, mais la mise en oeuvre dans les régions est trop rigoureuse, notamment pour l'extension des réseaux vers le social, alors que ceci est prévu dans la loi.

Réseaux par pathologie ou pas ?

Les outils développés par les réseaux sur une pathologie peuvent servir à plusieurs pathologies et même à des populations précises, après quelques années d'évolution.

**XVI) Monsieur GALOUYE,
Président de l'URML de Midi-Pyrénées
Entretien réalisé par le groupe 11
Le 15 mai 2006**

Mr Galouye, Président de l'URML de Midi-Pyrénées, exerce à Montauban en tant que médecin généraliste. Il travaille en lien avec le réseau DIAMIP (hospitalier). L'URML de Midi-Pyrénées est adhérente et participe à son financement.

Définition du réseau :

Le réseau est un prestataire de service fournissant aux professionnels et aux patients des prestations non prises en charge par l'Assurance-Maladie comme la podologie et l'éducation thérapeutique, dans la prise en charge du diabète par exemple.

Travail dans un réseau et problématiques qui en ressortent :

Pour lui, la problématique générale, c'est qu'on est en retard de 40 ans !

Problèmes :

- Après une volonté de prise en charge verticale, on est actuellement confrontés à une volonté de prise en charge horizontale, transversale, un mille-feuille, une multitude de réseaux. Or trop de réseaux discrédite les réseaux
cf en Midi-Pyrénées où il existe plus d'une vingtaine de réseaux : DIAMIP, ONCOMIP, MATERMIP etc.

- Le travail en réseau est chronophage d'autant plus que la démographie médicale et infirmière est défavorable. L'effet pervers du réseau est que l'on enlève des soignants à leur rôle de soignants pour faire de la coordination
cf les infirmières qui font la formation pour devenir cadres (DS) Il faudrait en former davantage, se donner les moyens pour qu'il y ait davantage de soignants. C'est de personnel soignant dont on a besoin les réseaux !

Modalités d'intégration dans un réseau :

L'intégration dans un réseau ne se décrète pas : elle doit répondre aux besoins du terrain. Le réseau est un prestataire de service qui va apporter des éléments dans la prise en charge non prises en compte par l'assurance-maladie mais dont les professionnels ont besoin pour leurs patients

Par exemple, pour l'éducation thérapeutique, les soignants ont besoin de personnes qui le fassent à leur place (conseils relatifs à l'alimentation, l'hygiène, l'activité physique etc.).

Il faudrait qu'existe un pool de suppléance temporaire des soignants pouvant prendre la suite d'une prise en charge

Exemples :

- pour la mise en place d'un véritable réseau de prise en charge de la bronchiolite : lorsque les kinés sont dépassés, les kinés des départements limitrophes pourraient intervenir
- il s'insurge contre les équipes mobiles en gériatrie en raison du problème relatif au nombre de soignants...

Conditions requises pour adhérer à un réseau en terme de formation :

Il n'y a pas besoin de formation complémentaire pour les infirmières, médecins...sauf pour certaines spécialités comme l'oncologie (chimio....) où 95% de l'activité s'effectue en réseau

Ressenti par rapport à la prise en charge en réseau des patients :

En ce qui concerne ses patients diabétiques, il n'a pas l'impression que ses patients soient mieux pris en charge en réseau. Pour lui, ce que l'on considère comme des « pôles de référence » n'en sont pas, l'éducation thérapeutique ne sert à rien puisque les patients font ce qu'ils veulent. Il ne faudrait pas seulement responsabiliser les professionnels de santé mais aussi les patients !

Il éprouve, comme un certain nombre de ses confrères libéraux, un certain scepticisme à l'égard des réseaux les réseaux :

- empilement des réseaux, en nombre trop important
- aspect concurrentiel des réseaux (entre médecins notamment...)
- trop hégémoniques (planification), trop contraignants (paperasse administrative), trop dirigistes et administratifs : Souplesse et pragmatisme seraient les bienvenus
- trop chronophage : Les praticiens de santé libéraux souhaiteraient participer mais ne peuvent pas tout faire (bénévolat, évaluation des pratiques professionnelles, réseaux ...)

Impact du réseau sur le libre choix du médecin par le patient :

Les patients sont eux aussi réticents à l'égard des réseaux en terme de libre choix du médecin. Ils accepteraient mieux s'ils avaient un libre choix de leur médecin. (Refus d'être pris en charge par le réseau car ce n'est pas le spécialiste qui suit d'habitude le patient...)

Le réseau a un impact sur le libre choix du patient

Partage d'information et réseaux :

En ce qui concerne le secret partagé, le partage d'informations relatives aux patients (dossier médical partagé) :

- certains établissements publics ou privés ne souhaitent pas communiquer leurs données
- trop d'information tue l'information : ne devraient être communiquées que les « décisions stratégiques thérapeutiques » qui ont une importance sur la prévention, le traitement ou le suivi qui doit être fait du patient (hors études épidémiologiques)

Par exemple, pour lui, l'évaluation de l'état de santé des patients au vu du rapport de sortie des cardiologues à l'encontre des médecins généralistes n'est pas pertinente : la mise en oeuvre des décisions stratégiques serait plus pertinente

Evaluation du réseau :

Les professionnels de santé sont tenus par la loi de 2004 à l'évaluation du réseau

Elle ne se borne pas à l'évaluation des pratiques professionnelles mais il s'agit surtout d'une évaluation organisationnelle. Le rôle à jouer de l'évaluation se situe au plan de l'organisation du réseau.

Des critères médico-économiques servent de référence pour l'évaluation du réseau mais il faut un recul de quelques années pour pouvoir en apprécier les résultats.

Remarque: Si le réseau n'apporte rien au patient, il n'y a aucun intérêt pour lui sauf à mettre en place un mode de remboursement différencié en fonction de la démarche de soins

De la même manière, en ce qui concerne l'évaluation de la qualité des professionnels de santé, il faut aussi une « carotte » : un secteur optionnel mieux rétribué pour les professionnels et un meilleur remboursement pour les patients

Existence d'un réseau de prise en charge de l'insuffisance cardiaque en Midi-Pyrénées :

A été mis en place le réseau APET CARDIOMIP de prise en charge en cardiologie et de l'insuffisance cardiaque. Professeur Michel GALINIE (hospitalier)

Pour lui, le problème est le suivant : partir du principe que les services de cardiologie sont envahis par des patients ayant une IC et pouvant être soignés à domicile alors que, soit la personne âgée vit seule, soit elle vit avec une autre personne qui n'est pas forcément en bonne santé ou encore la famille en a marre etc. L'hospitalisation répond donc à une problématique sociale (et non pathologique). On demande à l'hôpital et, de manière plus générale, d'apporter une réponse à des problèmes sociaux.

Relations avec l'URCAM, l'ARH, la CNR :

En Midi-Pyrénées, les bonnes relations avec l'URCAM et l'ARH ont permis de faire avancer les choses. Ces dernières ont compris que les professionnels de santé sont fiables, que leurs demandes sont fondées sur des besoins.

Ainsi, ont pu être mis en place :

- En lien avec l'URCAM de Midi-Pyrénées et par le biais du financement par FAQSV : des actions (réseaux) relatives à la régulation, aux psychotropes, aux enquêtes sur la population
- Avec l'ARH de Midi-Pyrénées : une plate-forme régionale de santé qui est un système d'information régional.

En revanche, le Comité National des réseaux n'est, pour lui, qu'une structure qui fait du lobbying et qui n'a pas de raison d'être : cela fait encore partie de l'accumulation des structures qui les discrédite et constitue une entrave supplémentaire. Encore une fois, il est composé de soignants (coordination départementale, régionale...). Ces soignants sont sortis de leurs rôles initiaux et manquent dans les effectifs.

Autres formes de partenariats :

Hormis ce travail en partenariat avec l'URCAM, l'ARH, la DRASS etc...., des partenariats, dans les réseaux et hors de ceux-ci, existent avec les infirmières, kinésithérapeutes, podologues etc....sans oublier les réseaux informels existants entre médecins (généralistes et/ou spécialistes etc.)

Transfert de compétences entre médecins et IDE :

Certains médecins ont déjà transféré un maximum de compétences aux IDE. Ce travail en équipe avec les kinésithérapeutes, les infirmières, les médecins est beaucoup plus présent en ce qui concerne les soins de proximité qu'au niveau des établissements. Il est fondé sur l'information, la communication. Ils n'ont pas attendu les recommandations de l'ANAES pour mettre en place des cahiers de liaison entre le travail infirmier et médical (prises en charge, prescriptions...). Ce n'est qu'une officialisation de ce qui existait déjà. Il existe une symbiose entre ces différentes catégories de personnels.

Préconisations :

- Besoin/manque de soignants et non de coordonnateurs : il faut former plus de soignants
- Mise en place d'une régulation à l'accès aux soins, d'un pré-tri entre les patients dont l'état requiert un avis médical et ceux pour lesquels un avis paramédical suffirait, notamment dans les futurs déserts médicaux. Mais ce n'est pas dans le cadre du réseau qui peut s'effectuer ce pré tri
- En ce qui concerne la formation des infirmières, au lieu de travailler trois ans en structures hospitalières, préférer une période de travail de trois ans ou cinq ans en zone désertée.
- Traitement de la maladie avec une prise en charge coordonnée
- Trouver des solutions médianes devant être expliquées à la population et qui l'impliquent

Attentes à l'égard des réseaux (exemple de la prise en charge des patients diabétiques) :

Le réseau apporte un plus s'il permet d'éviter une complication, par exemple, une amputation dans le cas des patients diabétiques.

Pour éviter de telles complications, il faut que le réseau puisse organiser un examen podologique une fois par an, une consultation avec une diététicienne une fois tous les six mois et un dépistage de la rétinopathie. C'est ce type de prestations qui doivent être apportées par le réseau. Ce n'est pas de mettre en place une règle de prise en charge homogène, harmonisée...Les médecins et

autres soignants n'en ont pas besoin. Ils connaissent leur travail tandis que ces prestations complémentaires sont importantes pour le patient.

Il faudrait aussi pouvoir offrir ces prestations aux patients qui ne peuvent pas se les payer (cf diététicienne, podologue etc.)

Exemple d'initiative régionale dans le cadre du réseau DIAMIP :

Le Président de l'URCAM de Midi-Pyrénées a tenté de mettre en place un mode de rétribution motivant pour les professionnels qui prennent en charge l'éducation thérapeutique dans le cadre du réseau DIAMIP. L'équipe est constituée de médecins spécialistes (cardiologue, diabétologue), un médecin généraliste, un kinésithérapeute, une infirmière, un podologue, une diététicienne. L'URML, en accord avec l'URCAM de Midi-pyrénées (financement FAQSV), avait fixé une rétribution jugée honnête par son Président dans laquelle les médecins généralistes et spécialistes étaient rétribués de la même manière (tarif médical) et, les autres professionnels se voyaient rétribués selon un tarif paramédical commun. Mais, au bout de trois ans, cette initiative a été remise cause au plan national ce qui a démotivé les professionnels paramédicaux qui se sont désinvestis.

L'échelon régional est l'échelon pertinent au plan sanitaire et doit faire preuve d'initiatives mais lorsque c'est le cas, il n'est pas suivi au plan national...

Remarques générales sur la médecine et l'évolution de celle-ci :

1/ On observe un illogisme, une dichotomie de traitement existant entre la médecine hospitalière et la médecine libérale :

- au regard de la régulation de l'offre de soins, on impose une régulation de la permanence des soins en médecine libérale alors que les urgences hospitalières accueillent tout le monde...
- les Références Médicales Opposables (RMO) ne l'étaient, pendant quelques années, qu'à la médecine libérale et non à la médecine hospitalière) cf maîtrise médicalisée des dépenses de santé

2/ L'aléa n'est plus toléré : on assiste à un passage d'une obligation de moyen à une obligation de résultat, ce qui entraîne une judiciarisation de la médecine

Dans le cadre du dossier médical partagé, existe une possibilité pour le patient d'effacer certaines données (lobbying des patients). Il ne devrait plus y avoir de recours possible à l'encontre des professionnels de santé dans ce cas là. Comment soigner efficacement sans avoir les informations nécessaires (antécédents, autres traitements prescrits).

Il faut responsabiliser les patients et pas seulement les médecins.

2. TEXTES JURIDIQUES

XVII) Article 36 de la Loi n°2001-1246 du 21 décembre relative au financement de la sécurité sociale pour 2002.

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2002

I. - Le chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est complété par une section 10 ainsi rédigée :

« Section 10

« Réseaux

« Art. L. 162-43. - Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4o du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de développement des réseaux. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé détermine le montant de cette dotation, ainsi que, pour chaque région, le montant limitatif de la dotation régionale de développement des réseaux.

« Cet arrêté précise également la constitution de la dotation nationale en parts qui s'imputent respectivement sur le montant total annuel des dépenses hospitalières mentionné à l'article L. 174-1-1, sur l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2, sur l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles et sur l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du présent code.

« Art. L. 162-44. - Dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie décident conjointement, dans la limite de la dotation régionale de développement des réseaux prévue à l'article L. 162-43, des financements mentionnés à l'article L. 162-45, supportés par les régimes d'assurance maladie et qui sont accordés aux actions réalisées dans le cadre des réseaux de santé.

« Art. L. 162-45. - Pour organiser la coordination et la continuité des soins, la décision mentionnée à l'article L. 162-44 peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.

« En tant que de besoin, elle peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

« 1o Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;

« 2o Articles L. 321-1 et L. 615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« 3o Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« 4o Article L. 322-3 relatif à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

« Art. L. 162-46. - Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités d'application de la présente section et fixe les modalités de l'évaluation des procédures de financement mises en oeuvre au titre des dispositions prévues par ces articles et de l'évaluation des actions qui bénéficient de ces financements. »

II. - 1. Dans la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 174-1-1 du même code, après les mots : « est constitué », sont insérés les mots : « , après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43, ».

2. Dans le deuxième alinéa du I de l'article L. 162-22-2 du même code, après les mots : « Ce montant prend en compte », sont insérés les mots : « , outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, ».

3. Dans le quatrième alinéa de l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « est constitué », sont insérés les mots : « , après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale, ».

4. Dans le deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, après les mots

: « en son sein, », sont insérés les mots : « la part mentionnée à l'article L. 162-43 et ».

5. Dans le 1o du I de l'article L. 325-2 du même code, les mots : « prévues à l'article L. 162-31-1 du présent code » sont supprimés.

III. - Les agréments pris sous l'empire de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets, pour la durée fixée par l'agrément, en tant qu'ils concernent les dérogations prévues au II de cet article.

XVIII) Article L. 183-1-1 du Code de la Sécurité Sociale

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 44 Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 13 Journal Officiel du 17 août 2004)

Les unions régionales des caisses d'assurance maladie peuvent passer des contrats avec des réseaux de professionnels de santé conventionnés exerçant à titre libéral dans une aire géographique définie. Les unions régionales des caisses d'assurance maladie peuvent associer à ces contrats, si elles le jugent nécessaire et après accord avec les réseaux des professionnels de santé concernés, des mutuelles régies par le code de la mutualité, des institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ou des entreprises régies par le code des assurances. Les conseils nationaux de l'ordre des professions concernées sont consultés pour avis sur les dispositions relatives à la déontologie figurant dans ces accords.

Les engagements de ces réseaux de professionnels de santé et les objectifs quantifiés associés peuvent porter sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques des professionnels concernés, la mise en oeuvre des références médicales, la gestion du dossier du patient ou la mise en oeuvre d'actions de prévention et de dépistage.

Le contrat prévoit le montant des financements alloués à la structure en contrepartie de ces engagements ainsi que les conditions dans lesquelles les actions font l'objet d'une évaluation.

Les unions régionales des caisses d'assurance maladie transmettent pour avis ces contrats, en tant qu'ils concernent les médecins dans le cadre de leur activité libérale, aux unions mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique. Cet avis est rendu dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception du texte par les unions susmentionnées. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

Ces contrats sont approuvés par le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé. Lorsque ces contrats portent sur des domaines mentionnés dans les conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-14-1, ils doivent être conformes aux objectifs fixés par ces conventions.

Les dispositions du présent article s'appliquent également aux médecins exerçant dans les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1.

XIX) Article 84 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Chapitre V – Réseaux.

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Chapitre V - Réseaux

I. - Il est inséré, dans le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, un chapitre Ier ainsi rédigé :

« Chapitre Ier

« Réseaux de santé

« Art. L. 6321-1. - Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

« Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. « Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 6321-2. - Régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et soumis aux dispositions du présent chapitre, les réseaux coopératifs de santé sont des sociétés de prise en charge pluridisciplinaire répondant aux critères et conditions définis à l'article L. 6321-1.

« Les coopératives hospitalières de médecins et les réseaux coopératifs de santé peuvent adhérer à des structures de coopération publique et privée, notamment des groupements de coopération sanitaire, des groupements d'intérêt économique, des groupements d'intérêt public ou des associations, ou signer des conventions en vue de mettre en place une organisation commune au sein de réseaux de santé, associant des établissements de santé et des professionnels libéraux.

« Les réseaux coopératifs de santé sont soumis aux mêmes dispositions que les sociétés coopératives hospitalières de médecins sauf :

« - celles concernant l'inscription au tableau du conseil départemental des médecins ;

« - celles concernant l'engagement d'utilisation exclusive des services de la société, tel qu'énoncé à l'article visant les associés coopérateurs. Cependant, les statuts des réseaux coopératifs de santé devront comporter des règles d'engagement d'activité claires et adaptées à la spécificité du réseau concerné et prévoir les modalités des sanctions d'exclusion nécessaires en cas de manquement au respect de ces engagements par un membre. »

II. - Dans les articles L. 6113-4, L. 6114-2, L. 6114-3, L. 6122-15, au 8° de l'article L. 6143-1 et au 6° de l'article L. 6144-1 du même code, la référence aux réseaux de soins et à l'article L. 6121-5 est remplacée par la référence aux réseaux de santé et à l'article L. 6321-1.

III. - L'article L. 6121-5 du même code est abrogé

XX) Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux.

J.O n° 252 du 27 octobre 2002 page 17849

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

NOR:

SANH0222527D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-43, L. 162-44 et L. 162-46 ;
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ;
Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 8 avril 2002 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs en date du 23 avril 2002 ;
Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 16 avril 2002 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Le chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est complété par une section 10 ainsi rédigée :

« Section 10

« Réseaux

« Art. R. 162-59. - Les réseaux de santé prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier des financements au titre de la dotation nationale de développement des réseaux mentionnée à l'article L. 162-43. Les demandes de financement sont adressées par le ou les promoteurs du réseau aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans la circonscription géographique où le réseau a son siège.

« Art. R. 162-60. - Dans chaque région, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie concluent une convention définissant les conditions de l'instruction conjointe des demandes.

« Art. R. 162-61. - La décision conjointe prévue par l'article L. 162-44 prend en considération, pour chaque demande :

« a) La prise en compte des priorités pluriannuelles de santé publique ;

« b) L'intérêt médical, social et économique, au regard de l'organisation, de la coordination, de la qualité et de la continuité des soins tenant compte de l'offre de soins existante et des orientations définies par les schémas régionaux ou nationaux d'organisation sanitaire et les schémas médico-sociaux ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé et de formation ;

« c) Les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation ;

« d) L'organisation et le plan de financement du réseau, les conditions de prise en charge financière des prestations ;

« e) La justification des dérogations demandées en application de l'article L. 162-45.

« Art. R. 162-62. - La décision conjointe des directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie autorise le réseau à bénéficier des dispositions de l'article L. 162-45 dans la limite du montant disponible de la dotation régionale de développement des réseaux après prise en compte des dépenses engagées au titre des décisions précédentes affectant cette enveloppe.

« Ne s'imputent pas sur cette dotation régionale les frais couverts par l'assurance maladie en application des articles L. 321-1, L. 322-2 et L. 322-3.

« Art. R. 162-63. - La décision conjointe est publiée et notifiée dans les conditions prévues par l'article R. 710-17-7 du code de la santé publique. Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande vaut rejet. Ce délai ne court qu'à compter de la réception d'un dossier complet comportant les éléments suivants :

« a) Les conditions dans lesquelles les professionnels de santé et les établissements manifestent leur volonté de participer au réseau ;

« b) Les modalités par lesquelles les patients manifestent leur volonté d'être pris en charge dans le réseau ;

« c) Les modalités de suivi des dépenses du réseau.

« La décision précise la durée de l'application qui ne peut excéder trois ans. Elle peut être prorogée dans les mêmes formes que la décision initiale et au vu de l'évaluation.

« Pour mettre en oeuvre la décision conjointe, l'organisme désigné, dans la circonscription où le réseau a son siège, définit avec le ou les promoteurs du réseau les modalités d'application de la décision.

« Art. R. 162-64. - Le retrait de la décision de financement est pris conjointement par les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie en cas de violation des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ou de non-respect des engagements souscrits par le ou les promoteurs.

« Art. R. 162-65. - Chaque réseau bénéficiant d'une décision de financement fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation. A cet effet, le promoteur transmet aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie concernés :

« - au plus tard le 31 mars de chaque année un rapport d'activité relatif à l'année précédente qui précise les résultats obtenus au regard des objectifs initiaux ;

« - au plus tard trois mois avant le terme de la décision de financement prévu à l'article R. 162-63 un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau. Ce rapport analyse le bilan des actions menées et leur apport au regard de l'offre de soins préexistante et fait état des modalités de financement global du réseau retraçant l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

« Art. R. 162-66. - A partir des rapports qui leur sont adressés, les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie élaborent une synthèse régionale annuelle comprenant :

« 1° L'analyse des rapports d'activité selon les modalités fixées par la convention et qui comporte les éléments nécessaires à apprécier :

« a) La consommation de la dotation régionale de développement des réseaux ;

« b) Un récapitulatif détaillé des dérogations et des dépenses financées à ce titre.

« 2° L'analyse des évaluations des réseaux arrivant à terme.

« Ces documents de synthèse sont transmis au ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale pour le 30 juin au plus tard et communiqués aux caisses nationales d'assurance maladie et au conseil régional de santé.

« Art. R. 162-67. - Lorsque la demande de financement émane d'un réseau dont le champ d'application excède la région, la décision de financement est prise par les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie de la circonscription où le réseau a son siège après consultation de chacun des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation et d'union régionale des caisses d'assurance maladie concernés. En cas de désaccord de l'un des directeurs d'une région limitrophe, la décision de financement du réseau ne s'applique pas aux assurés sociaux ressortissant de la caisse d'assurance maladie de la région considérée.

« Les dépenses du réseau s'imputent sur chacune des dotations régionales de développement des réseaux, au prorata des bénéficiaires relevant des organismes d'assurance maladie de chaque région concernée.

« Art. R. 162-68. - Lorsque la décision conjointe met en oeuvre le règlement forfaitaire prévu par l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale, le paiement de ce règlement est assuré par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription où le réseau a son siège. Toutefois, par convention entre les régimes, le paiement correspondant peut être assuré par une caisse relevant d'un autre régime.

« La répartition de ce règlement forfaitaire entre les régimes obligatoires d'assurance maladie est effectuée selon les taux retenus, pour l'année considérée, en application des dispositions de l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale. »

Article 2

La sous-section 2 de la section VI du chapitre 2 du titre VI du livre 1er du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est abrogée.

Article 3

A compter de la date de publication du présent décret, les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie sont destinataires des informations concernant les décisions d'agrément des réseaux expérimentaux prises avant le 31 décembre 2001. Les dispositions de l'article R. 162-64 du code de la sécurité sociale sont applicables à ces décisions.

Article 4

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales et le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 25 octobre 2002.

Jean-Pierre Raffarin

XXI) Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique.

J.O n° 294 du 18 décembre 2002 page 20933

Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique

NOR: SANH0223594D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-43 à L. 162-46 ;
Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 22 octobre 2002,

Décète :

Article 1

Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets) est inséré un titre V ainsi rédigé :

« TITRE V

« RÉSEAUX ET AUTRES SERVICES DE SANTÉ

« Chapitre 1er

« Réseaux de santé

« Art. D. 766-1-1. - Les réseaux de santé définis à l'article L. 6321-1 peuvent bénéficier de subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ainsi que de financements de l'assurance maladie, notamment de la dotation nationale de développement des réseaux en application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale, sous réserve de satisfaire aux conditions définies par les articles D. 766-1-2 à D. 766-1-6 du présent code.

« Art. D. 766-1-2. - Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en oeuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social.

« Chaque réseau définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation. Il rappelle et fait connaître les principes éthiques dans le respect desquels ses actions seront mises en oeuvre. Il met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne.

« Le réseau prévoit une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation décrits dans une convention constitutive, lui permettant de répondre à son objet et de s'adapter aux évolutions de son environnement.

« Art. D. 766-1-3. - Le réseau garantit à l'utilisateur le libre choix d'accepter de bénéficier du réseau ou de s'en retirer. Il garantit également à l'utilisateur le libre choix des professionnels de santé intervenant dans le réseau.

« Le réseau remet un document d'information aux usagers qui précise le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'utilisateur à chaque étape de sa prise en charge, ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité.

« Lorsqu'une prise en charge individualisée est proposée dans le cadre du réseau, le document prévu à l'alinéa précédent est signé, lorsque cela est possible, par l'utilisateur ou, selon le cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, dans les conditions définies à l'article L. 1111-2 ou par la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6. Ce document détermine également les règles de cette prise en charge et les engagements réciproques souscrits par l'utilisateur et par les professionnels.

« La charte du réseau décrite à l'article D. 766-1-4 et la convention constitutive décrite à l'article D. 766-1-5 sont portées à la connaissance de l'utilisateur. Le réseau remet également la charte du réseau à l'ensemble des professionnels de santé de son aire géographique.

« Art. D. 766-1-4. - L'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur au sein du réseau implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluriprofessionnelles et, le cas échéant, interdisciplinaires.

« Une charte, dite "charte du réseau, définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole. Cette charte, cosignée par chacun des membres du réseau, rappelle les principes éthiques. En outre, elle précise :

« 1° Les modalités d'accès et de sortie du réseau ;

« 2° Le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage ;

« 3° Les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge ainsi que les actions de formation destinées aux intervenants ;

« 4° Les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs.

« Les référentiels utilisés et les protocoles de prise en charge font l'objet d'une annexe à la charte.

« Le document d'information prévu au deuxième alinéa de l'article D. 766-1-3 est également annexé à la charte du réseau.

« Les signataires de la charte s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en oeuvre dans le cadre du réseau, en fonction de son objet, et à la démarche d'évaluation.

« Les signataires de la charte s'engagent également à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Le bénéfice des financements prévus à l'article D. 766-1-1 est subordonné au respect de cette règle. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.

« Art. D. 766-1-5. - Le ou les promoteurs du réseau et ses autres membres, au moment de sa création, signent une convention constitutive qui précise notamment :

« 1° L'objet du réseau et les objectifs poursuivis ;

« 2° L'aire géographique du réseau et la population concernée ;

« 3° Le siège du réseau ; l'identification précise des promoteurs du réseau, leur fonction et, le cas échéant, l'identification du responsable du système d'information ;

« 4° Les personnes physiques et morales le composant et leurs champs d'intervention respectifs ;

- « 5° Les modalités d'entrée et de sortie du réseau des professionnels et des autres intervenants ;
- « 6° Les modalités de représentation des usagers ;
- « 7° La structure juridique choisie et ses statuts correspondants, les différentes conventions et contrats nécessaires à sa mise en place ;
- « 8° L'organisation de la coordination et du pilotage, les conditions de fonctionnement du réseau et, le cas échéant, les modalités prévues pour assurer la continuité des soins ;
- « 9° L'organisation du système d'information, et l'articulation avec les systèmes d'information existants ;
- « 10° Les conditions d'évaluation du réseau ;
- « 11° La durée de la convention et ses modalités de renouvellement ;
- « 12° Le calendrier prévisionnel de mise en oeuvre ;
- « 13° Les conditions de dissolution du réseau.

« Cette convention constitutive est signée par tout nouveau membre du réseau. Elle est portée à la connaissance des professionnels de santé de l'aire géographique du réseau.

« Art. D. 766-1-6. - Les réseaux qui sollicitent les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 présentent à l'appui de leur demande un dossier comprenant les documents prévus aux articles D. 766-1-3 à D. 766-1-5, ainsi qu'un plan de financement. Les financements acquis ou demandés, l'ensemble des moyens en personnel, en locaux ou en matériel mis à leur disposition et valorisés, y sont énumérés. Les documents comptables correspondants y sont annexés, ainsi que les accords passés entre les membres du réseau et des tiers, le cas échéant

« Art. D. 766-1-7. - Chaque année, avant le 31 mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants des organismes qui leur ont accordé les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant.

« Tous les trois ans, ainsi que, le cas échéant, au terme du projet, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier :

- « 1° Le niveau d'atteinte des objectifs ;
- « 2° La qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats) ;
- « 3° La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau ;
- « 4° L'organisation et le fonctionnement du réseau ;
- « 5° Les coûts afférents au réseau ;
- « 6° L'impact du réseau sur son environnement ;
- « 7° L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles. »

Article 2

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire et le ministre délégué aux libertés locales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

XXII) Circulaire MIN/DHOS//DSS//CNAMTS/2002/n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé

CIRCULAIRE MIN/DHOS//DSS// CNAMTS / 2002 /n°610 du 19 décembre 2002

Relative aux réseaux de santé, en application de l'article L.6321-1 du code de la santé publique et des articles L.162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et des décrets n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé

Résumé:

La loi droit du malade et qualité du système de santé (article 84) définit les réseaux de santé et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 36) crée une dotation nationale de développement des réseaux : la présente circulaire a pour objet d'accompagner la mise en œuvre opérationnelle de ces nouvelles dispositions qui réforment en profondeur le cadre légal des réseaux par une définition unifiée et des procédures administratives de création et de financement simplifiées.

Elle a été élaborée sur la base d'organisations et procédures initiées dans de nombreuses régions. Des outils méthodologiques issus des travaux d'un groupe de travail mené par les ARH et les URCAM viendront la compléter ultérieurement.

Textes de référence :

- loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 36), codifiée aux articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale ;
- loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (article 84), codifiée aux articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique ;
- loi n°2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professionnels de santé libérales et les organismes d'assurance maladie ;
- décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;
- décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux ;
- décret n°2002-793 du 3 mai 2002 relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé délivrant des soins palliatifs à domicile pris pour l'application de l'article L.162-1-10 du code de la sécurité sociale ;
- arrêté du 30 avril 2002 portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour 2002

Texte abrogé : circulaire n° 99/648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux qu'elle annule et remplace.

Selon les termes de la loi du 4 mars 2002, les réseaux de santé ont pour objet «de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires...»

Ils sont ainsi interdisciplinaires et multiprofessionnels, centrés sur le patient dont ils assurent une prise en charge adaptée à ses besoins tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

Les réseaux de santé contribuent à l'évolution de notre système de santé, qui doit être moins cloisonné et s'ouvrir à la coopération et à la complémentarité entre structures sanitaires, établissements de santé publics et privés, secteur libéral et structures médico-sociales et sociales.

Les lois précitées ont posé le fondement de leur encadrement juridique, leur organisation, leurs financements : la présente circulaire en précise les modalités de mise en œuvre.

Deux axes opérationnels la structurent :

- les principes généraux communs aux réseaux : structuration et organisation, coordination, système d'information, qualité et évaluation, financement ;
- l'instruction régionale : dispositif commun d'instruction, modalités d'organisation de la décision conjointe ARH/URCAM de financement sur la dotation régionale de développement des réseaux.

I - Un cadre législatif et réglementaire rénové et simplifié :

Les nouvelles dispositions législatives et réglementaires reconnaissent et définissent les réseaux de santé d'une part, simplifient et modifient les procédures administratives et financières applicables d'autre part. Ainsi les procédures d'agrément des réseaux de soins par les ARH ou des réseaux de soins expérimentaux "SOUBIE" par le ministère sont supprimées, mais les financements acquis à ce titre sont poursuivis jusqu'à échéance.

- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins (article 84) a introduit au sein du code de la santé publique l'article L.6321-1 qui donne une définition unique et souple des "réseaux de santé" et se substitue à l'ancien article L. 6121-5 relatif aux réseaux de soins. Le décret d'application fixe les critères de qualité ainsi que les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation auxquels les réseaux doivent satisfaire pour bénéficier de financements publics.

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 36) introduit de nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale –articles L.162-43 à L.162-46 – qui créent au sein de l'ONDAM une enveloppe financière mixte ville/hôpital et clinique, champs sanitaire/médico-social et social, spécifiquement dédiée aux réseaux ; le montant de cette dotation nationale de développement des réseaux est fixé et réparti chaque année entre les régions par arrêté ministériel. Le décret d'application du 25 octobre 2002 précise les modalités minimales communes relatives à l'instruction préalable et à la décision conjointe.

II - Des principes généraux communs

Pour bénéficier de financements publics, les réseaux de santé doivent s'inscrire dans le cadre des priorités de santé publique et des orientations régionales en matière sanitaire, médico-sociale et sociale ; ils répondent à un besoin de santé identifié, dans une aire géographique définie, pour des pathologies et/ou une population déterminée.

A La structuration générale des réseaux et la coordination :

Organisés autour du patient, les réseaux en assurent une prise en charge sanitaire et médico-sociale globale et continue, qui associe la ville et l'hôpital.

«Constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-

sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers», les réseaux de santé formalisent leur mode de coordination. Pour pouvoir bénéficier de financements publics, conformément à la loi, ils doivent formaliser également leurs objectifs, leurs modes d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation suivant des modalités décrites dans le décret d'application de la loi droit des malades, et en garantir la transparence.

-Les réseaux sont organisés et formalisés:

Les réseaux de santé définissent leurs objectifs et font connaître les principes selon lesquels leur action est mise en œuvre pour les atteindre. Des documents contractuels, définis dans le décret précité, sont nécessaires à leur formalisation :

- document d'information à destination des patients, signé par le patient, sa famille ou son entourage lors d'une prise en charge individualisée ;
- charte qualité du réseau cosignée par chacun des acteurs,
- convention constitutive.

-Les droits du patients sont garantis:

Toute personne a le libre choix d'entrer ou de sortir d'un réseau.

Conformément à la loi, toute personne prise en charge par un réseau de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ; toutefois, « deux ou plusieurs professionnels peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible » (article 3 de la loi droits des malades).

-Les réseaux sont structurés :

Si la personnalité morale du réseau n'est pas une obligation légale, la création d'une structure juridique adaptée et librement choisie (association, groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique, groupement de coopération sanitaire, ...) permettra de donner un support à la gestion et au financement du réseau et d'apporter des garanties juridiques minimales aux financeurs. Un règlement intérieur peut venir compléter ce dispositif et préciser les modalités de fonctionnement.

-La coordination constitue le fondement essentiel du réseau :

- La coordination administrative est assurée par un coordonnateur identifié, voire une cellule de coordination qui constitue l'équipe de référence à l'intérieur comme à l'extérieur du réseau. A partir des référentiels de pratiques interdisciplinaires élaborés par les professionnels de santé, elle organise la concertation entre les différents intervenants (réunions de travail transversales, mise en place d'actions pluridisciplinaires de prévention et formation). Elle est aussi l'interlocutrice des institutions et partenaires extérieurs au réseau.
- La coordination médicale nécessite au sein de l'équipe des professionnels de santé intervenant dans le réseau la désignation d'un coordonnateur (ou d'une cellule de coordination) ; celui-ci organise l'accueil du nouveau patient, définit dans la continuité sa trajectoire, et assure son orientation au sein du réseau à chaque étape de sa prise en charge. Il assure l'échange d'informations entre les intervenants et l'étude partagée des cas.

Cette coordination médico-administrative peut être assurée par les mêmes personnes.

B -Le système d'information :

Un des enjeux majeurs de la coordination est la mise en œuvre d'un système d'information permettant la transmission d'information de nature médicale et administrative entre les professionnels de santé concernant la prise en charge globale du patient, dès lors qu'il a donné son consentement et désigné les professionnels qu'il autorise à accéder à ces informations.

Les modalités d'accès, d'échange, de partage et d'archivage des informations pour l'ensemble des partenaires du réseau dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité sont précisées dans la charte du réseau. Les procédures d'accès doivent être sécurisées. Les conditions d'utilisation et d'archivage des informations nominatives relatives aux patients doivent être prévues notamment pour ce qui concerne la dissolution du réseau ou lorsqu'un professionnel ou un malade quitte le réseau.

La CNIL doit avoir donné son accord sur l'utilisation des applications.

Il est recommandé que les différents systèmes d'information, informatisés, utilisés au sein d'un réseau soient interopérables ; l'ARH et l'URCAM favoriseront l'utilisation par les réseaux, au sein de leur région, d'une même norme d'échange.

C - Qualité et évaluation :

S'inscrivant dans une démarche d'amélioration de la prise en charge, les réseaux proposent à leurs membres un dispositif et une démarche qualité et s'engagent à procéder à leur évaluation.

- La qualité des services et prestations du réseau est garantie :

- les professionnels s'engagent au sein de la charte du réseau, dans le respect des règles déontologiques applicables, à suivre les recommandations de bonnes pratiques et mettre en commun référentiels et protocoles ; ils participent à des formations interprofessionnelles et pluridisciplinaires au travail en réseau, à des actions de prévention et à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage;
- ils garantissent également le respect des droits des malades, leur droit à l'information, leurs droits en terme de protection des données individuelles. Ils précisent le système d'information choisi tant pour le traitement des données médicales que pour l'évaluation.

- Les actions menées sont évaluées :

Le promoteur du réseau définit, à partir de l'analyse des besoins sanitaires constatés, pathologies ou problèmes de santé spécifiques et compte-tenu de l'organisation des soins proposée dans l'aire géographique considérée, la liste des objectifs à atteindre et les résultats escomptés ainsi que les modalités d'évaluation de ces résultats.

L'évaluation portera notamment sur les processus de prise en charge médicale et médico-sociale, les processus organisationnels, les coûts correspondants et confrontera les résultats observés aux objectifs attendus.

Les professionnels du réseau s'engagent, afin de vérifier le respect des objectifs de ce dernier, à assurer le suivi de son activité tout au long de son développement. Dans le cadre du réseau, les professionnels de santé engageront également une démarche d'auto-évaluation.

En fonction de l'importance du projet, les dispositions suivantes pourront être adoptées pour mener à bien cette évaluation :

- le réseau pourra organiser en son sein une cellule spécifique d'évaluation comprenant éventuellement des membres venus de structures extérieures et des experts en évaluation ;
- les ARH et les URCAM pourront proposer des outils élaborés en commun, à partir de référentiels prédéfinis ;
- les ARH et les URCAM pourront demander au promoteur l'intervention d'un prestataire extérieur.

Cette évaluation du réseau est ainsi structurée :

- au plus tard le 31 Mars de chaque année, le promoteur du réseau transmet aux différents financeurs un rapport d'activité relatif à l'année précédente, qui précise les résultats obtenus au regard des objectifs initiaux ;
- tous les trois ans ou au plus tard trois mois avant le terme de la décision de financement prévue à l'article R 162-63, un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau est également produit et transmis. Ce rapport fait notamment état des modalités de financement global du réseau retraçant l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

D -Le financement

Les réseaux de santé doivent être assurés de pouvoir poursuivre leurs missions par des financements stables, dès lors que l'ARH et l'URCAM font le constat qu'ils répondent à des besoins de santé et que leur action est utile. Ils ont la possibilité d'avoir recours simultanément à des sources de financement multiples :

- financements pluriannuels sur crédits de l'Assurance Maladie (notamment au sein de l'ONDAM), subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ;
- financements conjoncturels sur le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville géré par l'Assurance Maladie et les représentants des professionnels de santé libéraux (prise en charge des études préalables, des évaluations et des aides au démarrage - investissement, fonctionnement- pour la première voire la seconde année de fonctionnement des réseaux).

Ces financements publics ne sont pas exclusifs d'autres financements, à condition que la participation financière directe ou indirecte à l'activité d'un réseau ne soit pas utilisée à des fins de promotion et de publicité et que les règles déontologiques soient respectées.

Afin de pouvoir bénéficier de ces ressources, les réseaux présentent un plan de financement

comportant un budget prévisionnel, en fonctionnement et en investissement, en recettes et en dépenses. Dans le cadre de la décision de financement sur la dotation régionale qui peut porter sur trois ans, le budget pluriannuel se décompose en budgets annuels, présentés chaque année.

Les documents budgétaires précisent:

- les frais de structure qui comprennent la rémunération des professionnels hors champ conventionnel (diététiciens, psychologues, assistants sociaux...) ;
- le nombre prévisionnel de professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans le réseau et le volume prévisionnel de leurs interventions ainsi que les propositions de tarifs dérogatoires à la nomenclature correspondants, en distinguant par nature d'intervention ;
- les dérogations aux prestations légales en faveur des patients.

Les réseaux de soins " SOUBIE " sont autorisés à mener leur expérimentation jusqu'au terme de la période autorisée par la loi et à bénéficier des financements acquis (dérogations tarifaires) sur le risque et des financements acquis au titre d'autres sources (FAQSV, collectivités territoriales...). A la fin de cette période, le résultat de l'évaluation

de leurs structure et actions servira de support à la décision de poursuivre leur financement sur la nouvelle enveloppe "réseaux"

S'agissant de la prise en charge des soins palliatifs à domicile, la rémunération des professionnels libéraux exerçant dans le cadre d'une équipe de soins à domicile, dès lors que des dispositions conventionnelles seront mises en œuvre, sera financée sur le risque Assurance maladie conformément à la loi n°99-947 du 9 juin 1999, y compris lorsque les professionnels de l'équipe de soins palliatifs interviennent à domicile au sein d'un réseau. Les membres de l'équipe, ainsi rémunérés, bénéficient en revanche des actions de formation et d'évaluation proposées par le réseau et financés sur l'enveloppe.

La rémunération des professionnels par des forfaits en application de l'article L 162-12-20 du code de la sécurité sociale permet d'encourager l'engagements des professionnels à participer à "des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins"...Ce dispositif n'est pas réservé à des réseaux spécifiques mais a une portée générale pour l'ensemble des professionnels de la ville intervenant dans le cadre des réseaux de santé.

III-Les modalités d'organisation dans les régions :

A - Un dispositif d'instruction commun aux différents financeurs autour de l'ARH-URCAM

Pour simplifier les démarches, éviter au promoteur d'avoir une multiplicité d'interlocuteurs et aider les financeurs potentiels à prendre leur décision, la mise en place d'une structure régionale de coordination sous forme de "guichet unique" qui organise l'ensemble de la procédure d'examen des projets et demandes de financements des réseaux est recommandée :

- Un secrétariat technique, commun à l'ARH et à l'URCAM, permet de recevoir pendant aux moins deux périodes prédéterminées dans l'année, les projets de réseaux sollicitant un financement et d'en assurer, le cas échéant, une instruction coordonnée avec les autres financeurs publics. Il enregistre les dossiers, se prononce sur leur recevabilité (dossier déclaré complet), reçoit le promoteur, et lui apporte, le cas échéant, un appui méthodologique ; il analyse les projets en sollicitant les diverses institutions représentant l'Assurance Maladie et les services de l'Etat, leurs experts respectifs, notamment médicaux, ainsi que les représentants des collectivités territoriales éventuellement financeurs ; il peut faire appel à d'autres experts médico-administratifs et auditeurs préalablement formés.

- Le secrétariat technique peut organiser la consultation des représentants des professionnels de santé libéraux et hospitaliers ainsi que des fédérations d'établissements concernés, des élus éventuellement co-financeurs et des représentants des usagers, sur les projets de réseaux finalisés . Cette concertation peut avoir lieu au sein d'un comité régional des réseaux lorsqu'un tel comité est constitué. L'avis du comité est consultatif et technique et peut constituer ainsi une aide à la décision des financeurs sollicités. Le comité est informé du suivi et de l'évaluation du plan régional des réseaux de santé.

B - Modalités d'organisation de la décision de financer un réseau sur la dotation régionale

La décision de financer un réseau sur la dotation régionale de développement des réseaux (issue de l'enveloppe créée au sein de l'ONDAM) est prise conjointement par le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM concernés ; déconcentrée, elle est donc prise au plus près des préoccupations régionales, dans le cadre des orientations relatives au développement des réseaux proposées chaque année par les directeurs, pour délibération respective, à la commission exécutive de l'ARH et au conseil d'administration de l'URCAM concernée. Elle devrait ainsi faciliter l'émergence d'initiatives locales adaptées aux besoins.

- La prise de décision :

Une convention conclue dans chaque région entre le directeur de l'ARH et de l'URCAM définit les conditions de l'instruction conjointe des demandes de financement.

La décision conjointe de financer le réseau est prise dans les quatre mois à partir de la réception d'un dossier complet (enregistré à sa réception), indiquant nécessairement les modalités par lesquelles acteurs du réseau et patients manifestent leur volonté de participer au réseau ainsi que les modalités prévues de suivi des dépenses. Elle ne peut porter sur une période supérieure à trois ans. Elle est publiée et notifiée à son promoteur et comprend le numéro d'identification du réseau attribué par l'ARH (suivant des modalités définies en annexe), le silence gardé pendant plus de quatre mois valant rejet.

- les modalités d'imputation sur la dotation régionale :

S'agissant des modalités de prise en charge des dépenses des réseaux, l'article L. 162-45 du CSS précise que "la décision peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau".

Les dépenses qui peuvent être imputées sur la dotation régionale de développement des réseaux sont les dépenses liées aux frais de fonctionnement du réseau (notamment la rémunération des membres de la cellule de coordination, y compris du salaire du coordonnateur), aux actions collectives de prévention (hors financement par les FNPEIS ou FNASS ad hoc), aux formations pluridisciplinaires au travail en réseau (hors formation continue des professionnels concernés qui relève du cadre conventionnel ad hoc), la rémunération des prestations des professionnels hors champ conventionnel, les dérogations aux prestations légales au bénéfice des assurés ou des professionnels de santé (non prévues par les conventions).

Lorsque l'engagement de financer le réseau est pluriannuel, le montant du financement est calculé annuellement. Au terme de chaque année du financement autorisé, le budget prévisionnel de l'année suivante doit être soumis à l'approbation du directeur de l'URCAM et de l'ARH pour bénéficier et ajuster, le cas échéant, le versement annuel suivant à la baisse comme à la hausse. Dans ce dernier cas, la hausse doit être limitée au budget pluriannuel initialement accordé.

La décision conjointe prend en compte pour chaque nouveau projet le montant de l'enveloppe disponible après imputation des dotations résultant des décisions antérieures.

- les modalités de versement du financement accordé :

Lorsqu'un financement est accordé sur la dotation régionale de développement des réseaux, c'est la décision de financement qui détermine les modalités de versement ainsi que sa périodicité (échéances de paiement).

Une attention particulière doit être apportée au respect de l'enveloppe disponible, ce qui conduit à avoir une vision globale de l'ensemble des charges qui seront imputées sur cette enveloppe en terme de fonctionnement et d'activité des professionnels.

La décision favorisera le versement d'une dotation globale couvrant l'ensemble des dépenses inscrites au budget, y compris la rémunération des professionnels libéraux, imputées sur la dotation régionale des réseaux.

Le versement sera effectué par la CPAM dans la circonscription de laquelle le réseau a son siège, la CPAM prenant le rôle de "caisse pivot". Toutefois, par convention entre les régimes, le paiement correspondant peut être assuré par une caisse relevant d'un autre régime.

La répartition entre les régimes s'effectuera selon les modalités applicables pour la répartition de la dotation hospitalière pour l'année considérée.

Lorsque des dérogations sont versées par le réseau aux professionnels de santé libéraux ou que des prises en charge dérogatoires sont accordées aux patients, un dispositif de suivi est établi par le promoteur avec la CPAM afin de suivre les dépenses correspondantes.

S'agissant de la rémunération des professionnels de santé intervenant dans le réseau, elle peut néanmoins être payée directement au professionnel concerné sous forme forfaitaire, tant que des dispositions conventionnelles n'ont pas prévu de rémunérations spécifiques.

Dès lors que des dispositions conventionnelles auront prévu des rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux participant aux réseaux de santé, ces rémunérations seront imputées sur le compte risque de l'assurance maladie, s'agissant de prestations de droit commun. Ce transfert impliquera que les montants des forfaits versés aux professionnels ne pourront en aucun cas être différents de ceux définis dans les annexes tarifaires des conventions.

IV -Relations entre les régions et les instances nationales :

Chaque année, les directeurs de l'ARH et de l'URCAM élaborent une synthèse régionale des rapports d'activité et d'évaluation des réseaux qui leur sont adressés ainsi que de la consommation de la dotation régionale de développement des réseaux, et récapitulent les dérogations et dépenses financées à ce titre.

Ces documents de synthèse sont transmis à la commission exécutive de l'ARH et au conseil d'administration de l'URCAM concernés ainsi qu'au ministre chargé de la santé (DHOS) et communiqués aux caisses nationales d'assurance maladie pour un suivi national.

V -Dispositions transitoires pour la fin 2002 :

- La parution des différents textes permet dès maintenant de notifier aux réseaux dont les dossiers sont prêts et opérationnels les moyens financiers leur permettant de mener d'ores et déjà leurs actions. Les CPAM sont en mesure de verser les montants prévus dans l'arrêté portant notification de la décision conjointe ARH/URCAM, à condition que la notification leur parvienne au plus tard le 23 décembre et précise le numéro d'identification du réseau, les modalités de versement et les échéances de paiement dès l'exercice 2002 ;

- S'agissant des réseaux relevant du dispositif "SOUBIE", l'amendement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 permet de poursuivre les financements sur les bases déjà acquises. En conséquence, le relais de ces financements n'a pas à être assuré dès maintenant sur la dotation régionale des réseaux.

Conclusion :

L'ensemble des dispositifs législatifs et réglementaires et la présente circulaire doivent permettre aux partenaires régionaux de répondre aux besoins de santé publique par une approche coordonnée des dispositifs et faciliter le développement des réseaux, en

appuyant les initiatives des promoteurs qui apportent une vraie valeur ajoutée pour le patient.

Des annexes viendront compléter cette circulaire dans les prochains mois afin de proposer des outils adaptables localement, d'aide au montage d'un projet de réseau, à l'instruction et à la décision à partir de la mutualisation des expériences ainsi valorisées : "quatre page" régional d'informations générales et pratiques sur les réseaux, guide pour l'instruction et l'évaluation, guide du promoteur, modèles-type...

Afin de pouvoir accompagner la mise en place du dispositif et en cas de difficulté, vous pouvez contacter au ministère de la santé Sophie BENTEGEAT (tel : 01 40 56 54 33 ; e-mail : sophie.bentegeat@sante.gouv.fr) et à la CNAMTS Stéphanie DROLEZ (tel : 01 42 79 31 31 ; e-mail : stephanie.drolez@cnamts.fr).

XXIII) Cahier des charges établi avec le coordinateur du groupe

1) Enjeux

- Cerner la réalité et le sens des réseaux de santé en France et de l'organisation des soins primaires.
- Comprendre et analyser l'articulation entre réseaux de santé et parcours de soins coordonné.
- Identifier les intérêts stratégiques de chacun des acteurs concernés.
- Explorer la question suivante : le réseau de santé est-il un outil de coopération parmi d'autres, ou peut-il constituer un principe d'organisation des soins primaires ?
- Dégager des pistes d'évolution

2) Objectifs

- *Objectifs méthodologiques :*
 - ° Identifier et préciser l'impact des réseaux de santé sur l'organisation des soins primaires en France
 - ° Repérer les différents acteurs impliqués
 - ° Recueillir et traiter l'information nécessaire à la compréhension du sujet et à la mesure des enjeux
 - ° Présenter les résultats de l'analyse et les perspectives d'évolution
- *Objectifs pédagogiques :*
 - ° Travailler collectivement et mobiliser les ressources du groupe
 - ° Mener une investigation dans le domaine de la santé publique
 - ° Développer un esprit critique et stratégique
 - ° Elaborer un document écrit qui sera débattu devant un jury

3) Contraintes

- Le calendrier : 8 jours ouvrables pour l'ensemble du travail. Difficulté de planifier les entretiens du fait des délais.

- Un budget limitatif avec des règles strictes d'utilisation.
- Capacité à faire émerger un consensus dans une durée limitée.

4) Livrables

- Rapport exposant la démarche suivie et les principaux résultats (version papier et version électronique) dont des annexes.
- Un résumé de 2 pages
- Une présentation orale avec discussion devant un jury

5) Méthode

- Définition des grandes orientations en groupe unique
- Recherche documentaire répartie au sein du groupe
- Répartition des tâches en sous-groupes de 3
- ° 3 groupes de travail : finalisation du plan, cahier des charges, élaboration d'une grille d'entretien
- ° Groupes de travail suivant les parties du rapport
 - Réalisation des entretiens en binôme (avec synthèse et analyse). Les entretiens peuvent être téléphoniques ou avec déplacement.
 - Définition d'une planification formalisée

6) Equipe projet

Nom	Adresse	Téléphone	Responsabilité
Arnaud Gramoullé	arnaud.gramoulle@mutualite.fr		Animateur
François Simon	francois.simon@sciences-po.org		Référent
Philippe Carré	philippe.carre9@free.fr		Planning
Patrick Viterbo	pater06@yahoo.fr		
Romain Labrouquaire	rlabrouquaire@yahoo.fr		
Shérazade Meftah	scherazade.meftah@yahoo.fr		Planning
Laurence Vernejoux	laurence.vernejoux@aliceadsl.fr		
Francis Bruneau	fbruneau@netcourrier.com		Contact
Cindy Sabarthes	sabarthescindy@yahoo.fr		
Marie-Line Costa	cmaryline@aol.com		

7) Tâches et calendrier prévisionnel

	09-mai	10-mai	11-mai	12-mai	15-mai	16-mai	17-mai	18-mai	19-mai	02-juin	06-juil	07-juil	Qui
Présentation du thème													Animateur
Définition de l'équipe projet													ENSP
Choix du référent: François													Groupe
Choix du contact: Francis													Groupe
Choix des responsables planning: Philippe Sheerazade													Groupe
Première définition des tâches													Groupe
Calendrier													Groupe
Recensement bibliographique													Groupe
Réflexion du groupe													Groupe
Définition de 3 sous-groupes de 3 personnes													Groupe
Formalisation du cahier des charges													François Maryline Philippe
Définition des enjeux													
Définition des objectifs													
Définition des contraintes													
Définition des livrables													
Définition de la méthode													
Envoi du cahier des charges													Francis
Partage des tâches													Groupe
Confirmation RDV entretiens du 16 mai													Francis
Prise de RDV entretiens locaux													Groupe
Formalisation d'une ébauche de plan													Francis Patrick Romain
Grilles d'entretien													Laurence Cindy Sheerazade
Veille rapport IGAS													Groupe
Définition de 2 sous-groupes / 2 premières parties													Groupe
Partie 1: Le rôle des réseaux de santé dans l'organisation des soins primaires en France													
Recherche													François Laurence Maryline Philippe
Ecriture													
Partie 2: Un impact limité													
Recherche													Cindy Francis Patrick Romain Sheerazade
Ecriture													
Enquête													
Entretien FX Scweyer						10h30							Cindy Sheerazade
Entretien Christian PRADIER													Sheerazade
Entretien Saint Denis													Patrick sous réseve
Entretien téléphonique ARH Lille						Matin							A définir
Entretien ARH Paris													Contenu à récupérer
Entretien ARH Rennes ?													A définir
Entretien téléphonique URCAM Lille						Matin							A définir
Entretien URCAM Rennes						14h							Francis Philippe
Entretien URCAM Paris													Contenu à récupérer
Entretien URML Rennes													Cindy Maryline Romain
Entretien DHOS													François Patrick
Entretien UNCAM/CNAM													François Patrick
Entretien MSA													François Patrick
Entretien Collectivité Territoriale Rennes ?													Francis Philippe
Transcription des entretiens													Par les binômes
Analyse des entretiens													Par les binômes
Ecriture													Par les binômes
Partie 3: Perspectives et propositions													
Recherche													A définir
Ecriture													
Finalisation de l'écrit													
Ecriture													Groupe
Rencontre intermédiaire													A définir
Restitution écrit + fichier										12h			A définir
Courrier de remerciement entretiens													A définir
Présentation orale													
Réunion préparatoire													A définir
Jury													A définir