

Rapport du groupe

"Réseaux de soins et les relations entre l'Hôpital et la médecine de ville"

Préambule :

Comme les autres composantes de la société française, le monde de la santé n'échappe pas à une remise en cause profonde de son organisation ou plutôt de ses organisations, par l'effet conjugué de plusieurs facteurs :

- l'évolution des besoins liés à l'émergence des maladies chroniques et aux progrès de la médecine, qui a pour effet de diminuer de façon spectaculaire la durée de séjour à l'hôpital et de transférer vers la médecine non-hospitalière un nombre croissant de traitements. De même, le vieillissement de la population et le développement de la précarité, entraînent des besoins nouveaux de prise en charge,
- le développement des techniques de communication, qui permet de transmettre des informations médicales, voire de soigner les patients sans que ceux-ci aient obligatoirement à être adressés à des centres de traitement lourds, notamment grâce à l'imagerie médicale,
- la pression économique, qui tend à rationaliser l'offre de soins en agissant sur la planification de l'offre hospitalière et en limitant les actes ou des examens inutiles ou redondants,
- l'évolution profonde des hommes qui se traduit par la volonté des usagers du système de soins et des professionnels de santé d'être considérés comme des acteurs à part entière. Ils refusent désormais, soit d'être des patients passifs, soit d'être de simples exécutants agissant dans un cadre réglementaire ou statutaire rigide.
- la prise de conscience par la population française des enjeux de santé publique, qui la rend plus vigilante aux questions relatives à la sécurité des soins et au risque d'émergence de grands fléaux sanitaires.

1. Le constat :

Pourtant, l'offre de soins actuelle permet difficilement de prendre en compte ces évolutions. La réponse au "besoin de santé" exige une prise en charge plus globale, plus coordonnée et plus proche. L'hôpital et les professionnels de santé du secteur ambulatoire doivent trouver des réponses concertées à ces objectifs communs. En effet, malgré les profondes mutations en cours, qui engagent à évoluer vers des **pratiques médicales coopératives**, le monde de l'hôpital public et celui de la médecine de ville coexistent davantage qu'ils ne travaillent véritablement ensemble (la réforme hospitalo-universitaire de 1958 a, au fil du temps, plutôt contribué à isoler l'hôpital). A l'intérieur de chacune des entités, les habitudes n'ont pas radicalement changé : organisation encore très hiérarchisée dans la première, collaboration entre professionnels encore peu formalisée dans la seconde (et la réforme des études médicales de 1982 a plutôt aggravé la césure entre généralistes et spécialistes).

Cependant, des initiatives d'ouverture de l'hôpital ont eu lieu çà et là, surtout le **mouvement des réseaux ville-hôpital** est né il y a près de vingt ans pour faire face à des problèmes nouveaux (sida, toxicomanie) dépassant les solutions classiques. Ce mouvement a pris de l'ampleur numérique (plus de 1000 réseaux répertoriés actuellement par la DGS) et conceptuelle (grâce une Coordination Nationale très active). Il arrive à un stade critique et historique :

- suffisamment important pour que l'Etat se préoccupe de leur consolidation, attentif qu'il est à toute innovation apportant plus de qualité au bénéfice de l'homme sain et malade, et plus d'efficacité au bénéfice de la collectivité.
- mais encore fragile, puisque nombre de réseaux disparaissent prématurément du fait, soit de la démotivation de leurs membres qui finissent par se lasser du temps donné et perdu à la recherche de financements absents ou instables, soit de l'évolution vers une institutionnalisation dont la rigidité et le gigantisme sont à l'opposé de ce qui fait l'essence même d'un réseau.

Le groupe se déclare favorable à une ouverture plus large de l'hôpital et intéressé par le mouvement des réseaux. Cependant il apparaît rapidement que derrière le mot "réseau" se cachent des contenus très différents et d'ailleurs souvent flous. D'où la nécessité comme travail préliminaire, de s'entendre sur une définition précise, d'utiliser une typologie commode et de retenir une problématique réaliste.

2. La définition :

Le paysage actuel des réseaux est mal connu et composite : réseaux de la Coordination Nationale, réseaux institutionnalisés par niveaux (par exemple : périnatalité, cancérologie,...), réseaux financés sur fonds d'Etat (par exemple : SIDA, toxicomanie, Hépatite C,...), réseaux expérimentaux "Soubie"...

Le groupe a adopté, avec quelques nuances, la définition de la Coordination Nationale des Réseaux :

"Le réseau constitue à un moment donné sur un territoire donné la réponse **organisée d'un ensemble de professionnels et ou de structures**, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté ".

Cette définition reste susceptible d'évoluer en fonction du développement des réseaux.

Mais, de toutes façons, le réseau n'est pas une simple coopération ni un simple carnet d'adresses. Il doit apporter une **plus value** en terme de qualité des pratiques mises en commun et en terme d'efficacité, au bénéfice du patient, qui est au centre des dispositifs et des préoccupations.

3. Essai de typologie schématique des réseaux :

Il a été jugé utile pour guider les travaux du groupe de distinguer schématiquement différents types de réseaux. De plus, compte tenu de son mandat, le groupe a mis l'accent sur les réseaux impliquant à la fois l'hôpital et les professionnels de santé du secteur ambulatoire.

Les réseaux **V-H (ville-hôpital)** : d'initiative ambulatoire, plutôt de proximité, généralement tournés vers une population spécifique (personnes âgées ou en situation de précarité), avec une composante sociale souvent forte.

Les réseaux **H-V (hôpital-ville)** : d'initiative plutôt hospitalière, ciblés sur une pathologie lourde chronique (cancer, diabète), à dimension généralement plus technique que les précédents.

Les réseaux **H-H(hôpital-hôpital)** : réseaux interhospitaliers allant au delà des simples coopérations ou restructurations, mettant en commun les savoirs faire (connaissances, expériences, voire personnels) et organisant la complémentarité des établissements dans le cadre d'une graduation.

Les réseaux **V-V(ville-ville)** : réseaux de proximité organisant le parcours du patient en médecine ambulatoire. L'étude spécifique de ces réseaux, qui n'intègrent pas de participation de l'Hôpital, est en dehors du champ de la mission assignée au groupe. Cependant, les dispositions générales concernant les réseaux proposées dans le présent rapport, peuvent également s'appliquer à cette catégorie.

Compte tenu de la diversité des réseaux qui, dans la réalité, ne cadrent pas toujours avec l'une ou l'autre des catégories, il a été jugé nécessaire de dépasser cette typologie pour proposer des procédures transversales et aborder dans sa globalité la question des relations entre l'hôpital et la médecine de ville.

La problématique :

Elle est évidemment très différente selon que l'on assigne aux réseaux :

- une fonction "*interstitielle*", visant à apporter une réponse à certains dysfonctionnements du système actuel d'offre de soins, sans remettre nécessairement en cause celui-ci.

ou

- une fonction "*substitutive*", plus ambitieuse, les réseaux ayant vocation à s'intégrer plus fortement dans le champ des activités ambulatoires et des structures hospitalières.

Le groupe retient pour sa part une approche pragmatique : aider les réseaux à vivre et faciliter les expérimentations innovantes. Nous sommes encore dans une phase d'apprentissage qui impose souplesse et évolutivité, pour passer d'un fonctionnement artisanal à un fonctionnement plus professionnel.

Le bilan des réseaux constitués reste encore trop modeste pour déterminer quelle sera leur place dans la réforme de l'offre de soins. Il faut donc poursuivre la phase expérimentale en essayant de lever les blocages freinant leur développement (première partie) et en favorisant l'ouverture de l'hôpital public (deuxième partie).

* *

*

Première partie :

Développer les réseaux apportant une plus value à l'offre de soins classique pour mieux répondre à un besoin de santé

1. Répondre à un besoin :

Le besoin peut être exprimé par les professionnels de santé ou du secteur social, ou par les patients eux-mêmes. Cette émergence "spontanée" fut historiquement à l'origine du développement des réseaux.

Il peut aussi répondre à un besoin de santé analysé par un hôpital ou une ARH, qui peuvent lancer un appel à projet sur la base d'un cahier des charges.

Ce besoin, dès lors qu'un financement est demandé, doit être apprécié.

2. Professionnaliser les réseaux en systématisant la Charte :

- Elle explicite l'objectif du réseau et ses modalités de fonctionnement (coordination, information, formation, mise au point de protocoles, suivi, évaluation, financement).

L'adhésion à la charte a valeur d'engagement sur la base d'un **volontariat** de toutes les parties prenantes.

La charte doit également prévoir son mode d'évolution dans la mesure où le souci de s'adapter aux besoins doit être constant.

- Elle précise aussi les droits et devoirs des **acteurs de santé** membres du réseau, notamment :
 - les modalités d'entrée et de sortie : libres
 - l'information : partagée et protégée
 - les formations spécifiques à l'objet du réseau
 - la continuité des soins
 - le suivi des protocoles proposés en matière de soins curatifs, de prévention, de prise en charge médico-sociale et d'évaluation. Il est certain que la protocolisation peut être facteur de qualité et d'efficience ; mais le groupe est attentif aux risques de dérapage vers une pensée thérapeutique unique

et aux problèmes de responsabilité qui peuvent se poser à terme.

- Elle doit enfin garantir la sécurité et la liberté du **patient** :
 - *lisibilité* : le patient doit être informé des pratiques thérapeutiques, du fonctionnement du réseau et de la circulation d'informations le concernant.
 - *engagement* : il peut être amené dans son intérêt propre et dans l'intérêt collectif du réseau à s'engager à respecter les modalités de fonctionnement du réseau et notamment les protocoles de soins proposés.

La sanction du non respect des engagements, pour le professionnel de santé comme pour le patient, est la sortie du réseau, qui reste bien entendu possible à tout moment.

3. Développer, harmoniser et simplifier les financements :

Le groupe retient le principe qu'un réseau ne peut recevoir de financement public que s'il est agréé (cf. infra).

La procédure d'agrément serait complétée par une **contractualisation des objectifs et des moyens**, laquelle permettrait de cadrer le financement du réseau et d'assurer la stabilité des moyens pendant la durée du contrat.

Les réseaux requièrent plusieurs types de financement :

- pour les *frais de gestion* (investissement, fonction de coordination) la création d'une **enveloppe transversale "réseaux"** est impérative. C'est une demande très forte du groupe.

A l'heure actuelle, des crédits existent mais sont insuffisants et obligent les promoteurs à solliciter plusieurs sources (crédits d'Etat gérés par la DGS, crédits nationaux ou régionaux de prévention des différents régimes de sécurité sociale, bientôt fonds d'aide à la qualité des soins de ville...).

Une enveloppe transversale "réseaux" est nécessaire pour préserver la neutralité des procédures par rapport à l'émergence de projets. L'enveloppe, qui pourrait représenter, la première année, 200 à 300 MF, financerait l'ensemble des réseaux agréés. Elle s'ajouterait aux cinq enveloppes existantes et serait intégrée dans l'ONDAM. Elle pourrait être alimentée par des crédits nouveaux et par ceux prévus pour les réseaux VV (fonds d'aide à la qualité des soins en ville) et pour les réseaux HH (enveloppe hospitalière).

En cas d'impossibilité de création d'une telle enveloppe, il faudrait prévoir explicitement de pouvoir utiliser les fonds existants pour financer les réseaux. Ce type de cloisonnement financier est nuisible car les réseaux forment un continuum de relations entre la ville et l'hôpital et ne peuvent pas être réduits à une typologie rigide sanctionnée par des procédures différentes.

- pour les prestations apportées par les réseaux, le financement doit être assuré dans le cadre du système actuel de financement de l'offre de soins, qui prévoit la possibilité de dérogations expérimentales dans le cadre des réseaux. La procédure d'octroi de ces dérogations doit être facilitée (cf infra procédure régionale de co-agrément ARH-URCAM), mais il n'a pas paru souhaitable à ce stade de déterminer une enveloppe spécifique pour les prestations.

Le développement des réseaux, en introduisant des nouvelles modalités de prise en charge du patient, rend incontournable et urgente l'adaptation de la nomenclature des actes des professionnels de santé. Le besoin d'adaptation peut se traduire par de simples ajouts ou par la révision des cotations existantes. Mais il peut aussi s'agir de la création de prestations totalement nouvelles et innovantes (éducation du patient, accompagnement social, forfaits correspondant à des "gestes" professionnels nouveaux,...). Ces prestations nouvelles entrent actuellement dans le champ des dérogations qui peuvent être accordées par la "Commission Soubie" et dans le cadre des réseaux conventionnels locaux, dérogations qui, rappelons-le, ne peuvent pas porter sur le champ hospitalier. Le groupe s'est posé la question de l'élargissement de la compétence dérogatoire actuelle de la Commission Soubie aux règles de financement et de facturation de l'hôpital. Il apparaît que pour les réseaux agréés par la procédure conjointe ARH- URCAM, le support conventionnel entre le réseau et l'hôpital devrait être suffisant pour permettre l'adaptation des modalités de facturation des prestations hospitalières.

L'intérêt de ces prestations nouvelles devra faire l'objet d'une évaluation attentive à l'issue de ces expérimentations pour en apprécier l'opportunité et leur impact financier sur les dépenses de santé.

A terme, ces expérimentations pourront contribuer, parmi d'autres facteurs et contraintes, à faire évoluer le financement du système de santé. Par exemple, si l'enveloppe transversale de Prévention souhaitée par la Conférence Nationale de la Santé était créée, elle pourrait contribuer à prendre en charge certaines de ces prestations nouvelles.

4. Assouplir le système d'agrément :

Le groupe retient le principe d'une régionalisation de la procédure d'agrément afin de simplifier la procédure pour les réseaux et d'encourager les initiatives (cf annexe 1).

L'instance nationale demeurerait compétente lorsqu'un promoteur privé finance de façon significative un projet ou lorsque celui-ci est d'envergure nationale.

Les débats du groupe relatifs à la procédure à mettre en place au niveau régional ont fait ressortir la nécessité d'arbitrer entre l'efficacité administrative de la procédure proposée (principe des décideurs-financeurs) et la concertation avec les professionnels impliqués dans les réseaux.

La première solution a été retenue, tempérée par une instance d'orientation stratégique et par une contractualisation avec le réseau destinée à garantir une

certaine stabilité des moyens.

- L'agrément serait délivré conjointement par l'ARH et l'URCAM pour les réseaux V-H et H-V.
- L'ARH déciderait de l'agrément pour les réseaux H-H (dans l'esprit de l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique).
- L'URCAM déciderait seule pour les réseaux V-V (dans l'esprit de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999).

Une adaptation des textes serait néanmoins nécessaire dans le premier et le troisième cas.

Toujours dans l'objectif de simplifier la procédure pour les promoteurs, le groupe écarte l'exigence d'un avis consultatif préalable. En revanche, une consultation annuelle des comités permanents des Conférences Régionales de Santé permettrait de recueillir un avis stratégique sur l'orientation du développement des réseaux et de favoriser la concertation avec les représentants régionaux des promoteurs des réseaux. En effet, le comité permanent peut s'adjoindre toutes les compétences nécessaires en tant que de besoin. Cette configuration variable, prévue par la circulaire actuellement en vigueur, peut aussi permettre de représenter les professionnels de santé non médicaux.

Lorsque le réseau implique une collectivité territoriale (financement d'une action spécifique ou implication d'un établissement médico-social dépendant d'un département), il faudra s'assurer parallèlement de l'engagement durable de celle-ci, matérialisé dans cette hypothèse, par la co-signature du contrat d'objectifs et de moyens. A terme, la création d'agences régionales de la santé permettrait d'intégrer plus facilement les établissements médico-sociaux.

5. Conserver la souplesse fonctionnelle des réseaux :

La participation de l'hôpital à une entité dotée d'une personnalité morale n'est pas nécessaire à tous les types de réseaux. Nombre d'entre eux fonctionnent dans le cadre de conventions bi ou multilatérales, les praticiens de ville se fédérant, eux, dans le cadre d'une association.

En revanche, dès lors qu'une fédération de réseaux locaux se crée dans le but de mutualiser les moyens ou que le réseau apporte des prestations lourdes, il paraît nécessaire de mettre en place une structure propre.

Le groupe propose trois scénarios qui ne sont aucunement exclusifs les uns des autres, mais qui correspondent sans doute davantage à des situations différentes quant à la nature du réseau et à son degré d'évolution.

- *scénario 1* : la situation juridique actuelle ne change pas (l'hôpital n'est pas partie prenante à une structure nouvelle, les professionnels de santé du secteur ambulatoire et les professionnels médico-sociaux et sociaux décident ou non de s'organiser au sein d'une association 1901). Une **convention**, constitutive du réseau, est passée entre l'hôpital et les professionnels concernés (individuellement ou collectivement par leur association).
- *scénario 2* : **création d'une entité juridique** (association 1901, GIE...) entre l'hôpital et les professionnels concernés ayant pour objectif d'être un espace de rencontre et de gestion du réseau.
- *scénario 3* : **création d'une entité juridique, beaucoup plus intégratrice**, mettant en commun des moyens et traversant horizontalement l'hôpital et les professionnels concernés. Il ne faut pas sous estimer l'impact sur la structure même de l'hôpital de ce scénario, le plus ambitieux et le plus dérangeant. Il correspond peut être à de futurs réseaux (H-V) dont le financement serait lié au coût de la pathologie prise en charge. Ce type de réseaux paraît nécessairement impliquer des modifications juridiques.

6. Suivre l'activité des réseaux :

Le réseau est responsable du pilotage et du suivi de son activité, dont les modalités doivent être, comme on l'a vu, précisées dans la charte.

En référence au contenu de l'agrément et du contrat d'objectifs et de moyens, le **contrôle** de l'activité et de la gestion du réseau serait assuré, dans le cadre de leurs compétences de droit commun, par les services extérieurs de l'Etat (DDASS : médecins inspecteurs pour le volet médical, Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales pour le volet financier) et par les caisses d'assurance-maladie.

7. Evaluer les réseaux :

Les critères d'évaluation doivent être prévus dans la charte, comme l'exige déjà la procédure de la "Commission Soubie".

Pour l'instant, le principe est l'auto-évaluation. Elle est assez développée dans les réseaux par pathologie, mais très embryonnaire dans les réseaux locaux.

Le développement des financements exigera un renforcement du suivi et donc des outils d'information (on peut penser que leur coût, actuellement élevé, devrait pouvoir se réduire avec la montée en charge du RSS).

L'intervention d'un évaluateur externe est à terme indispensable. Les réseaux figurent d'ailleurs dans le programme d'accréditation de l'ANAES.

8. Accompagner le développement des réseaux :

L'accompagnement des réseaux justifie sans doute la création :

- au niveau du ministère de la Santé, d'une petite cellule administrative transversale (cohérente avec la transversalité des réseaux) ayant, sous l'autorité des quatre directions concernées (DH, DGS, DSS, DAS), un rôle à la fois d'observatoire, de conseil et de prospective. Elle pourrait s'adjoindre des experts.
- au niveau régional, d'une cellule technique d'aide à la création et au fonctionnement des réseaux.

* *

*

Deuxième partie :

Créer un contexte favorable au développement d'une médecine hospitalière coopérative et à l'amélioration des relations ville-hôpital

Le principal obstacle au développement des réseaux est, de l'avis de la plupart des participants, de nature culturelle. Pour le surmonter, il est essentiel d'explicitier, à tous les acteurs, l'intérêt qu'ils peuvent trouver dans l'évolution du système : c'est vrai pour la médecine de ville et pour l'hôpital.

De plus, cette évolution de l'organisation de l'offre de soins s'impose, même si l'on peut penser que les réseaux ne constituent pas la seule réponse à l'évolution des besoins de santé.

En toute hypothèse, il est nécessaire que l'hôpital public se décloisonne et s'ouvre.

Cette ouverture passe à la fois par l'évolution des conditions d'exercice des personnels et le développement d'outils de coopération entre les structures.

C'est pourquoi, les préconisations qui suivent sont émises pour favoriser l'amélioration du système de santé, au-delà de la seule question des réseaux.

1. Favoriser un rapprochement entre la ville et l'hôpital :

a - Adapter les statuts du personnel à l'hôpital :

Sur un sujet aussi sensible, plusieurs idées sont retenues par la majorité du groupe :

- augmenter relativement par rapport à la situation actuelle le nombre de postes de PH temps partiel, particulièrement dans les grands centres hospitaliers,
- repositionner l'excellence des compétences cliniques comme critère important du recrutement des hospitalo-universitaires,
- étudier la possibilité de primes pour les affectations les plus astreignantes et les plus contraignantes,
- valoriser la fonction d'attaché par un statut contractuel plus favorable,

- reconnaître, pour les PH plein temps, l'implication dans un réseau parmi les activités d'intérêt général pouvant donner lieu à une rémunération spécifique,
- encourager la participation du personnel paramédical à un suivi des patients en ville ou dans le cadre d'un réseau par un dispositif adapté de protection sociale et par la définition de niveaux de responsabilité.

b- Favoriser des actions communes :

Celles-ci pourraient se faire dans les domaines :

- de la prévention : c'est un des objectifs de " l'enveloppe transversale de santé " demandée par la Conférence Nationale de Santé,
- de la formation initiale et continue (médicale, paramédicale, et trans-professionnelle),
- de l'évaluation.

Ces actions sont d'ailleurs indissociables de la maîtrise des dépenses.

c - Favoriser les échanges entre l'hôpital et la ville :

Le groupe propose de valoriser (notamment dans le calcul des points ISA) les services qui :

- participent à un réseau
- s'investissent dans la rapidité de transmission et dans la qualité du compte-rendu de sortie du malade.
- favorisent le retour du patient vers le suivi de proximité

La présence du médecin de ville à l'hôpital doit être encouragée, en permettant de rémunérer la visite de sortie par le médecin traitant, au moins lorsqu'elle est effectuée dans le cadre structuré d'un réseau.

2. Développer les outils de coopération :

- Développer la télémédecine, qui améliore le service rendu aux patients, aux professionnels entre eux, ainsi que l'efficacité globale de l'offre de soins. C'est pourquoi, il convient d'en poursuivre le développement de façon à améliorer la qualité et la rapidité des transmissions d'informations (compte-rendus par exemple), à optimiser le transfert de données diagnostiques, particulièrement en imagerie, et à permettre des consultations, voire des interventions à distance.
- Améliorer les outils comptables de pilotage pour permettre de suivre les transferts de charges qui peuvent résulter d'un développement des relations entre l'hôpital et la ville. Cet objectif suppose également que l'hôpital développe sa comptabilité analytique. A terme, si les réseaux devaient prendre une place prépondérante, il conviendrait de développer des outils de suivi budgétaire adaptés : en effet, la convention financière (cf.§ I.3.) peut constituer un outil suffisant pour organiser les relations financières entre un réseau et l'hôpital dans la mesure où l'activité concernée est réduite. Ce support ou celui du budget annexe ne seront plus suffisants si le réseau devient un partenaire important de l'hôpital et encore moins, si l'hôpital en devient partie prenante.

- Développer les complémentarités

L'organisation en services peut être un frein à la nécessaire évolution de l'hôpital. Il faut développer les complémentarités au sein d'un même établissement (fédérations de services, centres de responsabilités), les pôles régionaux par discipline (fédérations médicales hospitalières), voire les coopérations interrégionales dans certaines spécialités pour les CHU.

- Développer les alternatives à l'hospitalisation classique

Les malades sont de plus en plus preneurs de soins de proximité : le développement de l'hospitalisation de jour, de la chirurgie ambulatoire, des services de soins infirmiers à domicile, vont dans ce sens.

L'hospitalisation à domicile, elle aussi, a fait ses preuves au plan de la qualité des soins dans certaines maladies lourdes et de longue durée (essentiellement les cancers, les pathologies cardio-vasculaires, l'insuffisance rénale chronique...).

Il ne paraît pas avéré qu'elle entraîne un surcoût par rapport à l'hospitalisation classique (les éléments d'information du CREDES transmis au groupe tendant plutôt à montrer le contraire). Dès lors on ne peut que s'étonner que 2/3 des départements français en soient totalement privés.

Toutefois, l'hospitalisation à domicile doit, pour représenter une réelle plus value pour le patient, garantir la permanence des soins et organiser avec rigueur la coordination entre les différents intervenants.

Le groupe suggère de lever deux freins au développement de l'HAD :

- le " taux de change ", qui pourrait être transitoirement supprimé
- la réticence des structures hospitalières tournant à faible régime, qui pourrait être atténuée par l'attribution des points ISA en fonction de l'appel fait à l'HAD.

Conclusion du Président du groupe de travail

Ce rapport est le fruit du travail collectif mené avec les participants du groupe que j'ai eu le plaisir d'animer. La totalité des constats et des propositions ont émergé des sessions de travail. Malgré le degré variable d'implication des participants dans des activités de réseaux, il s'est dégagé une volonté partagée de développer les réseaux selon les modalités générales présentées dans le cadre du présent rapport.

Ces travaux ne peuvent pas, bien entendu, prétendre à l'exhaustivité de traitement de tous les sujets sous-tendus par la question des réseaux de soins. Car sur un sujet aussi complexe, il est évident que des incertitudes et des divergences ont pu demeurer sur certains points, mais elles n'ont pas empêché une vision commune de la stratégie proposée.

L'ambition de ce rapport, s'il peut en avoir une, était de mettre en exergue les points essentiels, indispensables à l'ouverture de l'hôpital. Celle-ci peut déjà se concevoir dans le cadre de son fonctionnement classique, grâce à des mesures favorisant l'adaptation des statuts du personnel et la valorisation des activités rapprochant l'hôpital et la ville. Elle doit aussi se concevoir à partir du développement des réseaux de soins dont la dynamique pourrait s'appuyer sur trois propositions fortes du groupe :

- *La création de l'enveloppe transversale " réseaux ",* qui doit être considérée à la fois, comme le ballon d'oxygène nécessaire aux réseaux existants pour qu'ils ne s'épuisent pas, mais aussi comme le premier pas " transversal " vers de nouveaux modes de financement dont les modalités de l'élaboration n'en sont qu'à leurs prémisses.
- *L'agrément régionalisé conjoint par l'ARH et l'URCAM,* lequel constitue aussi une avancée significative dans la constitution de nouvelles fonctions régulatrices du système de soins.
- *La création d'une cellule inter-directions,* à laquelle devraient être adjoints des experts, dont la vocation serait non seulement celle d'accompagner le processus de développement des réseaux (et donc les hommes), mais aussi de prendre en charge la démarche conceptuelle et prospective sur le rôle et les modalités de fonctionnement des réseaux constitués sur la base du volontariat.

Enfin, il convient d'ajouter, en guise de message fort aux usagers du système de santé, que la fonction première du réseau, sa vraie plus-value, réside en une meilleure qualité de leur prise en charge. A cet égard, il faut aussi souligner que le réseau doit être avant tout le lieu du maintien, voire du rétablissement du lien privilégié entre le soignant, et notamment le médecin, et la personne malade.

François de Paillerets

REMERCIEMENT

Il me plaît de remercier chaleureusement les membres du groupe qui m'ont tous fait l'amitié d'accepter d'apporter une contribution active à ce travail collectif, dans une totale liberté d'expression et une réelle écoute des autres.

J'ai été aidé, dans la direction du groupe, par deux personnalités auxquelles je veux rendre hommage : Alain Bacquet, Conseiller d'Etat, Président Honoraire de la section sociale, qui m'a fait l'honneur d'être à mes côtés tout au long de nos 14 séances de travail et Francis Peigné, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris, qui m'a fait l'amitié de mettre à ma disposition sa longue expérience hospitalière et syndicale.

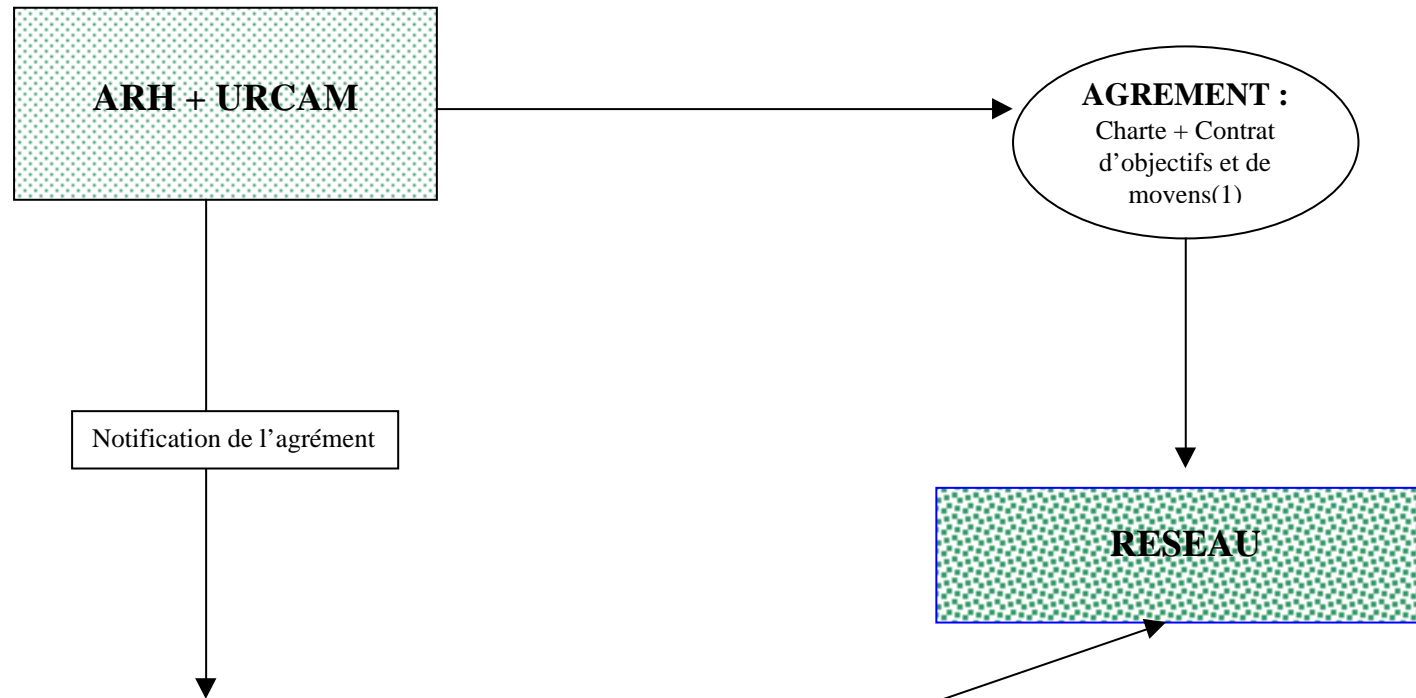
Tous deux, avec Marie-Françoise Guérin, Christine Dupré, Delphine Lévy, Philippe Georges, Bernard Basset, et Pierre Larcher ont bien voulu me conseiller en dehors même des séances régulières, pour accompagner au mieux, le cheminement de la réflexion du groupe.

Je veux remercier tout particulièrement, Christine Dupré, qui m'a aidé quasi quotidiennement tout au long des quatre mois de vie du groupe. J'ai très directement bénéficié de sa connaissance des réseaux, de sa compétence dans le domaine des systèmes organisationnels et de son approche novatrice.

J'ai eu aussi la chance d'avoir pour rapporteur, Delphine Lévy, dont la capacité peu commune de synthèse, a facilité l'émergence des axes forts qui ont structuré le rapport du groupe.

Enfin, je remercie l'équipe de secrétariat qui a assuré le support logistique de notre travail et en particulier, Sylvie Cornevin-Hayton.

SCHEMA D'AGREMENT ET DE FINANCEMENT DES RESEAUX



(1) Le cas échéant, une collectivité territoriale peut être partie prenante au contrat d'objectifs et de moyens.