

MINISTERE DU TRAVAIL
ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION DES HÔPITAUX

Sous-direction de l'évaluation et de l'organisation hospitalières

REPUBLIQUE FRANCAISE

LE MINISTRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES
LE SECRÉTARIAT D'ÉTAT
A LA SANTÉ ET A LA SÉCURITÉ SOCIALE

à

MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS
DES AGENCES RÉGIONALES DE L'HOSPITALISATION
- *pour attribution* -

MADAME ET MESSIEURS LES PRÉFETS DE RÉGION
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
- *pour information* -

MESDAMES ET MESSIEURS LES PREFETS DE DÉPARTEMENTS
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
- *pour information* -

*CIRCULAIRE DH/EO/97 n° 97/277 du 9 AVR 97
relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements*

RÉSUMÉ : La création et la mise en oeuvre des réseaux de soins et communautés doivent favoriser une meilleure insertion des établissements de santé dans leur environnement. Elles s'inscrivent dans une logique d'amélioration de la qualité des soins et d'optimisation des moyens.

TEXTES DE REFERENCE:

- Article 29 et article 30 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (articles L.712.3.2, L712.3.3 et L.712-3-4 du code de la santé publique) ;
- Article 6 de l'ordonnance n°96--345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article L.162.31.1 du code de la sécurité sociale).

Introduction

La réforme de l'hospitalisation publique et privée repose sur la nécessité d'une meilleure insertion des établissements de santé dans leur environnement et vise à améliorer la prise en charge globale du patient. Dans le même temps, en vue d'assurer l'optimisation des moyens de l'assurance maladie, les établissements de santé doivent mettre en oeuvre une organisation plus coopérative rendue indispensable par l'évolution des nouvelles techniques et technologies médicales.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 a en conséquence consacré de nouveaux dispositifs d'organisation de l'offre de soins, à caractère conventionnel, permettant une meilleure organisation des soins et une profonde restructuration du tissu hospitalier : il s'agit, d'une part, des réseaux de soins, d'autre part, des communautés d'établissements.

La mise en oeuvre des réseaux de soins et des communautés d'établissements doit conduire les personnels des établissements de santé à réfléchir en commun à :

- l'amélioration de la prise en charge globale du patient à travers une nécessaire graduation et continuité des soins. Les conséquences en termes d'organisation sur les installations et activités de soins auxquelles le patient doit recourir et celles permettant un maintien ou un retour rapide à domicile conduisent à la constitution des réseaux de soins.

- l'amélioration, par le biais de la communauté, de la prise en charge globale d'une population au sein d'un secteur sanitaire ou d'un pays au sens de la loi du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement du territoire. La réflexion commune aux établissements assurant sur cette zone le service public hospitalier doit favoriser l'optimisation et l'adaptation nécessaire des moyens dans une perspective de complémentarité et non de concurrence.

Les communautés comme les réseaux de soins ont, tous deux, vocation, chacun selon ses modalités propres, à accompagner l'adaptation du tissu hospitalier.

Ces nouvelles formules relèvent de la seule forme conventionnelle. Toutefois, elles doivent être compatibles avec la carte sanitaire et favoriser la mise en oeuvre des complémentarités et des actions de coopération inscrites dans le SROS et son annexe. En outre, elles tiennent compte des objectifs de santé publique fixés par les conférences nationale et régionales de santé ainsi que des politiques nationales initiées par le ministre chargé de la santé.

La finalité de la présente circulaire est de rappeler les objectifs qui doivent présider à la constitution des réseaux et communautés et de définir le rôle des acteurs de santé concernés par leur mise en oeuvre.

I. LES RÉSEAUX DE SOINS

La notion de réseau de soins est apparue en France voici une quinzaine d'années, le plus souvent dans le cadre d'actions expérimentales associant des caisses de sécurité sociale et divers acteurs de santé. L'objectif poursuivi visait à mieux coordonner la chaîne des soins à délivrer aux patients que les acteurs de santé devaient conjointement ou successivement prendre en charge. Certaines de ces expériences ont fait l'objet de dispositions tarifaires spécifiques.

Plus récemment, les circulaires du 4 juin 1991 et du 7 mars 1994 relatives aux réseaux ville-hôpital pour les patients atteints de VIH procèdent de cette même volonté. II s'agissait, grâce à une organisation mieux adaptée, de "favoriser l'échange et la communication entre les divers intervenants" et de "mieux mobiliser l'ensemble des ressources existantes".

La circulaire DGS/DH du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C, en créant la notion de pôle de référence situé en CHU, incite également à un travail en réseau.

Les réseaux de soins qui se créeront sur la base de l'article 29 de l'ordonnance précitée ont pour vocation de susciter de nouveaux modes d'organisation et de coopération au bénéfice d'une population particulière (personnes âgées, femmes enceintes/nouveau-nés, toxicomanes, alcooliques...) ou pour assurer le traitement de certaines pathologies lourdes ou chroniques (cancer, diabète, troubles mentaux, sclérose en plaques, etc.), ou l'exercice de certaines activités de soins (urgences, réanimation).

Ces réseaux doivent aussi contribuer à adapter le fonctionnement actuel du dispositif hospitalier en favorisant la restructuration de l'offre de soins hospitalière. Les nouveaux modes d'organisation qu'exige un travail en réseau doivent :

- d'une part, assurer une meilleure assise aux établissements de santé dits de proximité qui, ainsi articulés avec d'autres services ou activités plus spécialisés, pourront mieux cibler leur propre niveau de prestation tout en assurant aux patients traités une continuité des soins qui leur sont dispensés ;

- d'autre part, favoriser un processus mieux structuré de la prise en charge avant, pendant, et après l'hospitalisation, à l'instar des premières initiatives déjà prises en matière de réseau ville-hôpital.

On trouvera en annexe 1 une fiche permettant de cerner comment les réseaux de soins au sens de l'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée se distinguent des réseaux et filières de soins créés au titre de l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale. Cependant, il est possible et souhaitable que des établissements de santé

participent aux actions expérimentales visées à cet article. A cet effet, les conditions de l'articulation à mettre en oeuvre avec le conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux qui doit être prochainement installé vous seront prochainement communiquées.

1.1. Objectifs opérationnels

Les objectifs principaux d'un réseau de soins, qui visent tous à améliorer la qualité des soins délivrés aux patients, sont les suivants :

- assurer une meilleure orientation du patient, notamment pour la prise en charge des épisodes aigus ou des hospitalisations de courte durée nécessitant le recours à un plateau technique lourd ou des soins de haute technicité ;

- favoriser le maintien ou le retour à proximité de leurs lieux de vie des patients atteints de maladies chroniques ou invalidantes nécessitant une hospitalisation ou des soins prolongés. Le maintien du lien familial et social par des soins assurés au plus près du malade constitue alors un facteur important du processus thérapeutique;

- assurer la continuité et la coordination de soins pour l'ensemble des patients, que ce soit par l'adoption de procédures spécifiques entre établissements de santé (à l'occasion de transferts par exemple) ou par une plus grande ouverture de l'hôpital sur la ville (développement de l'hospitalisation à domicile, meilleure liaison avec les services sociaux et médico-sociaux, les professionnels libéraux), ou à l'inverse une meilleure participation des praticiens libéraux aux besoins spécifiques de certains établissements de santé (gardes par exemple).

Ces trois objectifs supposent la mise en place d'un système d'information adapté et cohérent avec les systèmes d'information existants ainsi que la mise en oeuvre des moyens de communication entre les membres du réseau. A cet égard, il conviendra d'utiliser les infrastructures existantes (réseaux de transmission des participants) de même que les nouvelles infrastructures en cours de construction (par exemple le réseau santé-social) qui devront permettre des échanges sécurisés et confidentiels.

Tous les établissements de santé ont vocation à participer à des réseaux de soins destinés à garantir la délivrance de soins de proximité de qualité et ce, indépendamment de leur situation géographique (zones rurales ou urbaines).

Certains domaines d'activité relèvent plus particulièrement d'une logique d'organisation en réseau. Il en est ainsi, par exemple, des activités de soins périnatales, des urgences, de la cancérologie et de la psychiatrie, où la prise en charge globale et coordonnée des patients entre les différents niveaux de soins justifié parfaitement la constitution de réseaux de soins. De même, les hôpitaux locaux en raison même des dispositions réglementaires relatives à leur organisation ont vocation à fonctionner en réseau, avec les médecins libéraux, d'une part, et les centres hospitaliers de référence, d'autre part.

Outre leur apport, en termes de transparence, on verra au 1.3. les "avantages" qui peuvent résulter de cette officialisation des réseaux de soins.

1.2. Constitution des réseaux de soins

La création d'un réseau de soins peut être réalisée à l'initiative d'un établissement de santé ou sur propositions de médecins libéraux, de professionnels de santé ou d'organismes médico-sociaux.

Afin de favoriser la mutualisation des initiatives innovantes, la direction des hôpitaux va mettre en place un groupe de suivi. A cet effet, vous voudrez bien lui adresser copie des conventions agréées présentant un caractère exemplaire ou novateur.

Le choix par les établissements publics de santé de leurs partenaires de réseau doit s'effectuer dans des conditions non discriminatoires.

Les conventions constitutives doivent préciser les objectifs, les modalités organisationnelles et le champ d'application propres à chaque réseau de soins.

1.2.1. La convention constitutive

Afin de formaliser les engagements des différents acteurs et les conditions de fonctionnement propres à chaque réseau de soins, la convention comporte :

1 ° la liste des acteurs constituant le réseau (personnes morales ou physiques) ainsi que sa desserte géographique ;

2° Le champ de la pathologie ou de la population spécifique prise en charge ;

3° l'objectif commun de soins poursuivi, en principe porteur de changements en ce qui concerne la prise en charge des patients, peut, éventuellement, conduire à formaliser au sein d'un réseau de soins des liens de partenariat pré-existants.

4° la graduation des niveaux de soins offerts au sein du réseau, les procédures d'accès mises en place ainsi que les supports matériels pour assurer le suivi des patients (support magnétique, fiches de liaison, dossier, carnet de santé, etc.) ;

5° les moyens organisationnels mis en oeuvre :

- adoption ou élaboration en commun de pratiques professionnelles à partir de recommandations, procédures ou protocoles de soins ;

- formation des partenaires, telle notamment l'amélioration des connaissances des professionnels par le biais du développement d'actions de formation continue ;

- procédures liant les différents acteurs :.

- système d'information pour le suivi des patients ;

- coordination au sein du réseau : désignation d'un coordinateur régulateur du réseau ;

6° les obligations des parties :

Les membres du réseau s'engagent à faire connaître aux patients, afin de respecter le principe fondamental de son libre choix leur appartenance à un réseau et à recueillir leur consentement avant toute orientation au sein du réseau.

Les établissements de santé quant à eux peuvent utilement faire connaître à leurs usagers les réseaux dont ils sont membres par le livret d'accueil.

Par ailleurs, la convention précise le délai prévu pour solliciter la mise en oeuvre de la procédure d'accréditation.

7° les modalités retenues pour évaluer régulièrement le fonctionnement du réseau et mesurer son impact sur la qualité des soins et sur la satisfaction des patients ;

8° la durée de la convention et ses modalités de renouvellement.

1.2.2 L'agrément de la convention

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut solliciter l'avis de la commission exécutive sur les projets de réseaux qui lui sont présentés

Les conventions ne pourront être agréées que si les projets présentés garantissent une plus grande qualité des soins et une réelle amélioration des conditions de prises en charge des patients au sein des réseaux à constituer.

En ce qui concerne les réseaux de soins de type ville-hôpital, qui peuvent avoir des conséquences sur le système de prise en charge ambulatoire, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation s'assure que les promoteurs ont recueilli l'avis de l'URCAM quant aux éventuelles incidences financières sur la gestion du risque.

Les agréments sont publiés au recueil des actes administratifs de la préfecture de région concernée.

1.3. Les mesures incitatives pour favoriser la mise en place de réseaux de soins

L'article 29 de l'ordonnance a délibérément laissé les acteurs de santé libres de s'engager dans un réseau de soins. Toutefois plusieurs autres dispositions de l'ordonnance du 24 avril 1996 constituent des incitations fortes, pour les acteurs potentiels, à s'engager dans cette voie.

Ainsi, les contrats d'objectifs et de moyens qui sont négociés entre les établissements et l'agence régionale de l'hospitalisation doivent encourager ces établissements à s'engager dans des réseaux de soins.

De même, la procédure d'accréditation prévue à l'article L.710-5 du code de la santé publique s'appliquant aux réseaux de soins visés à l'article L.712-3-2 du même code, les établissements de santé auront à rechercher des nouveaux modes d'organisation ayant pour objectif d'améliorer la qualité des soins.

Quant aux agences, qui disposent de l'essentiel des pouvoirs de régulation de l'offre de soins hospitalière, elles pourront, à chaque fois qu'elles l'estimeront nécessaire, dégager des moyens pour soutenir la mise en place de réseaux de soins soit en raison de leur caractère structurant ou restructurant, soit en raison de l'amélioration attendue des prestations délivrées ;

Enfin, la mobilisation des crédits disponibles dans le cadre de la formation médicale continue peut également paraître utile. En effet, le travail en réseau reposant sur de nouvelles modalités d'organisation, il sera judicieux de préparer le corps médical aux évolutions qu'elles introduiront dans leurs pratiques et celles de leurs collaborateurs.

II - LES COMMUNAUTES D'ETABLISSEMENTS

La communauté d'établissements instituée par l'article L.712-3-3 concerne les seuls établissements qui assurent le service public hospitalier : établissements publics de santé, établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier et établissements d'hospitalisation privés ayant conclu avec l'Etat un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier. Les acteurs de la communauté diffèrent donc de ceux du réseau de soins qui peut concerner notamment les professionnels du dispositif ambulatoire ainsi que toutes les catégories d'établissements de santé, publics ou privés, assurant ou non le service public hospitalier.

Conformément aux dispositions de l'article L.712-3-4 du code de la santé publique, les établissements de santé assurant le service public hospitalier qui n'ont pas adhéré à une communauté d'établissements au 25 avril 1999 sont tenus d'en justifier dans un rapport adressé au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

2.1 -Objectifs et modalités de la communauté d'établissements de santé.

2.1.1 - Objectif général

L'objectif global est de conduire les établissements de santé assurant le service public hospitalier à optimiser l'ensemble du dispositif de prise en charge hospitalière en leur permettant de mieux s'insérer dans leur environnement. Pour cela, il convient de mieux répartir leurs activités ou de mettre en commun leurs moyens afin de mieux répondre aux besoins de santé d'un bassin homogène de population. Ce bassin peut correspondre soit à un secteur sanitaire, soit à un pays au sens de la loi n°95-115 du 4 février 199⁵ d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.

2.1.2 Objectifs opérationnels et projet de la communauté

Ces objectifs visent à :

a) redéfinir le rôle de chaque établissement adhérent à la communauté dans un souci de rationaliser l'offre de soins. En cas de conversion ou de nouvelle orientation de l'activité des établissements adhérents, la communauté favorise et organise le redéploiement des moyens rendu nécessaire, notamment en matière de ressources humaines.

b) faciliter la mise en oeuvre des actions de coopération et de complémentarité, que ces dernières soient inscrites dans le SROS et son annexe ou qu'elles résultent de la vision stratégique commune à l'origine de la constitution de la communauté.

c) apporter une meilleure réponse aux besoins de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Il convient à cet égard de rappeler que l'article 51 de l'ordonnance a permis aux établissements de santé de créer et de gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi n° 75.535 du 30 juin 1975.

Pour satisfaire ces objectifs, la communauté d'établissements s'efforce de favoriser la mobilité des personnels et les actions de formation rendues nécessaires pour assurer l'adaptation à l'emploi.

Il est souhaitable que la détermination des objectifs opérationnels poursuivis par une communauté et les modalités prévisionnelles de leur mise en oeuvre, notamment les modalités de fonctionnement et les instances communes, soient déclinés dans un projet de la communauté. Ce projet, intégré dans la charte constitutive, précisera également l'ensemble des activités médicales et des fonctions logistiques nécessaires à sa réalisation. Chaque commission médicale d'établissement et chaque conseil d'administration des établissements adhérents à la communauté auront à se prononcer sur les objectifs de la communauté. Ils seront tenus régulièrement informés de leurs conditions de mises en oeuvre et des évaluations régulièrement réalisées.

2.2 - Le cadre juridique

2.2.1 - Principes

Les membres constituant une communauté doivent prévoir son cadre juridique. Ils sont libres de choisir l'une des formules de coopération prévues à l'article L.713-12, notamment le syndicat inter-hospitalier, dont les principes actuels de fonctionnement seront prochainement rénovés et allégés, le groupement d'intérêt public ou la convention multilatérale.

Il convient de rappeler que le groupement de coopération sanitaire prévu à l'article L.713-11-1 ne peut être utilisé dans le cadre de la création des communautés. Le GCS ne peut être constitué que par les établissements de santé ne remplissant pas les conditions requises pour créer un syndicat inter-hospitalier (les SIH ne pouvant être créés qu'entre établissements publics de santé et établissements privés participant au service public hospitalier).

Le groupement d'intérêt économique est à exclure pour les communautés réunissant exclusivement des établissements publics.

2.2.2 Autres dispositions

La charte constitutive de la communauté précisera notamment :

- la liste des membres constitutifs de la communauté ;
- la ou les formule(s) juridique(s) dans laquelle elle s'inscrit ;
 - le projet de la communauté ;
 - les moyens organisationnels mis en oeuvre ;
 - les modalités de mise en cohérence des systèmes d'information des membres du réseau ;
 - les critères de mesures de réalisation des objectifs poursuivis ;
 - les échéances opérationnelles ;
 - les obligations des parties.

L'agrément de la charte par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est subordonné à des coopérations conduisant à des partages d'activités et à des modes d'organisation rénovés dans les domaines médicaux, médico-techniques, logistiques et administratifs. Ces coopérations doivent permettre de répondre aux orientations du SROS et de ses annexes (mise en place de gardes médicales communes, de consultations avancées, mises à disposition de personnels...).

Bien que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation n'y soit pas tenu, il n'y aurait que des avantages à ce que celui-ci sollicite préalablement l'avis de la commission exécutive pour agréer la charte. Lorsque la communauté prend la forme d'un syndicat inter-hospitalier, il apparaît opportun que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation crée

simultanément le syndicat et agréé la charte. De même la convention multilatérale ou la convention constitutive du GIP ou du GIE seront annexées au projet de charte soumis à l'agrément.

3) Mesures incitatives

Les contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les agences régionales de l'hospitalisation permettront de formaliser les orientations retenues par chaque établissement en matière de coopération inter-hospitalière.

L'article L.712-3-4 du code de la santé publique prévoit qu'au 25 avril 1999, les établissements de santé publics qui n'auront pas adhéré à une communauté d'établissement seront tenus d'en justifier dans un rapport adressé au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Au regard des éléments portés à sa connaissance par ce rapport, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pourra décider de mettre en oeuvre le dispositif d'adaptation du système hospitalier prévu à l'article L.712-20, pouvant aller jusqu'à la création d'un nouvel établissement de santé par fusion de deux ou plusieurs établissements publics de santé ou privés PSPH.

Vous voudrez bien porter à notre connaissance toute difficulté relative à l'application de la présente circulaire.

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur des Hôpitaux



Claire BAZY-MALAURIE

ANNEXE 1

Réseaux de soins expérimentaux

Les réseaux de soins définis à l'article L.712-3-2 présentent un objectif commun avec les filières et réseaux de soins expérimentaux prévus à l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale : l'amélioration de la prise en charge globale du patient et de la qualité des soins qui leur sont délivrés.

Les réseaux de soins prévus par les deux ordonnances diffèrent essentiellement dans leurs modalités et leurs champs d'application respectifs. Ils sont, de ce fait, soumis à deux procédures distinctes.

Les actions menées au titre de l'article L.162-31-1, outre l'amélioration de la coordination des soins, ont à la fois un caractère expérimental et tarifaire. Elles visent à promouvoir des modes de tarification spécifiques aux nouvelles exigences de prise en charge des patients, notamment dans des domaines où la tarification à l'acte est devenue inadaptée. Ce dispositif expérimental permettra de déroger aux dispositions du code de la sécurité sociale concernant les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux, le paiement direct des honoraires par le malade, les frais couverts par l'assurance maladie et la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations. Pour cette raison, il s'adresse prioritairement aux professionnels de ville qui en sont les principaux promoteurs. Cependant rien ne s'oppose à ce que les établissements de santé participent à des actions expérimentales de ce type. Limités dans le temps, ces réseaux de soins et filières peuvent être présentés par des personnes physiques ou morales et sont soumis à agrément du ministre après avis d'un conseil d'orientation constitué en application du décret 96-789 du 11 septembre 1996.

Les réseaux de soins prévus à l'article L.712-3-2 précité ont pour objet un nouveau mode d'organisation des soins. Ces réseaux de soins, qui ne s'appliquent pas uniquement aux pathologies lourdes et chroniques, comme c'est le cas pour les réseaux expérimentaux, couvrent le champ plus étendu des installations en lits, places ou équipements matériels lourds et des activités de soins visés à l'article R.712-2 du code de la santé publique. Les actions menées au titre de cet article mobilisent notamment des établissements de santé entre eux quel que soit leur statut juridique ou quel que soit leur niveau de desserte géographique lorsqu'il s'agit d'établissement de même statut juridique (centre hospitalier, centre hospitalier régional, hôpital local). Elles peuvent, en outre, conduire au développement hors les murs d'activités hospitalières favorisant le maintien ou le retour à domicile du patient, prévenant la dépendance, promouvant les soins de proximité (consultations avancées par exemple) et la prise en charge sociale et médico-sociale.

La participation conjointe de professionnels libéraux et d'établissements de santé à des réseaux de soins communs est susceptible d'avoir des conséquences sur le système de prise en charge ambulatoire. De ce fait, la procédure d'agrément prévue à l'article L.712-3-2 du code de la santé publique peut s'articuler avec la procédure tarifaire définie à l'article L.162-31-1 du code de la

sécurité sociale. Dans cette hypothèse, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, dans le cadre de la procédure d'agrément des conventions constitutives des réseaux, devra en tenir compte.

Lorsque le réseau de soins est de nature à avoir des conséquences notables sur la gestion du risque, l'agrément du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut être accordé à la condition expresse qu'il soit confirmé par un agrément du ministre dans le cadre de la procédure prévue à l'article L.162-31-1 précité.