

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE L' ACTION SOCIALE

DIRECTION DES HÔPITAUX

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Délégation interministérielle

au revenu minimum d' insertion

LA MINISTRE DE L' EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

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

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

Date d' application : immédiate

Résumé : Cette circulaire a deux objets :

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

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

Textes de références :

- Article 6 de l' ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale)

- Article 29 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L. 712-3-2 du code de la santé publique)
- Article 73 de la Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Articles 22 et 25 de la Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999
- Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
- Décret n° 96-789 du 11 septembre 1996 pris pour l'application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux et modifiant le même code
- Décrets n° 98-899 et n°98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale
- Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique
- Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.
- Circulaire DGS/DH n° 94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux toxicomanie, à la suite de la circulaire n° 93-72 du 9 novembre 1993 .
- Circulaires DGS n° 74bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1<sup>er</sup> décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.
- Circulaire DGS/DH n° 44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C.
- Circulaire DGS n° 707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool
- Circulaire DH/EO/97 n° 97/277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements
- Circulaire DGS n° 97/366 du 23 mai 1997 relative aux mesures nouvelles pour 1997 dans le domaine du soin aux toxicomanes

- Circulaire DGS/DAS/DIRMI n° 97-568 du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté
- Circulaire DGS/DH n° 98-188 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en oncologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.
- Circulaire DH/EO du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas d'organisation sanitaire
- Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité
- Circulaire DGS/DH n° 99-264 du 4 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, non insulinodépendant.
- Circulaire DGS/DH n° 99-299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C

Les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.

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

- application de l'article L. 712.3.2 du code de la santé publique, passant par une convention arrêtée entre les personnes morales ou physiques intéressées, soumise à l'agrément de l'agence régionale de l'hospitalisation et à accréditation ;
- recours à des crédits d'Etat en application des diverses circulaires qui en ouvrent la possibilité dans une approche par pathologie, technique ou population ;
- recours à des subventions d'origines diverses en prenant un statut associatif ;
- appui direct d'une institution mettant à disposition locaux et matériel, voire personnel.

- Par ailleurs, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale, certains peuvent éventuellement envisager avec la caisse locale d'assurance maladie une convention prévoyant dans un cadre expérimental de trois ans certaines dérogations pour assurer un financement mieux adapté à leur action, ainsi que les modalités d'évaluation médico-économique. Leur projet, assorti de cette convention, sera alors soumis à l'avis du conseil d'orientation des filières et réseaux, puis à l'agrément des Ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, avant que l'expérimentation ne puisse commencer.

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

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

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

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

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

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

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

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

- la(les) pathologie(s) que l'on veut prendre en charge ;
- les patients que l'on veut aider ;
- les acteurs que l'on veut motiver pour ce faire.

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

### **1. les pathologies, dépendances et autres problèmes de santé**

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

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

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

## **2. les patients (clients, usagers, citoyens¼)**

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

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

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

### **1. Coordination**

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

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

Cette fonction qui prend du temps n'est pas rémunérée par le paiement à l' acte. Pour ces deux raisons, l' Etat a financé avec l' assurance-maladie des

postes de coordinateurs dans les réseaux tels que ceux prenant en charge les infections virales chroniques (VIH, VHC) et les pratiques addictives.

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

## 2. Animation et formation des professionnels

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

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

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

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

## 3. Suivi et évaluation

La phase d'analyse des besoins de la population dans une aire géographique donnée est l'étape d'initialisation du réseau. L'analyse ultérieure des pratiques et des résultats du réseau est tout aussi indispensable. Une évaluation interne par suivi régulier, à l'aide d'indicateurs appropriés, précis et prédéterminés, permet à un réseau de prendre du recul par rapport à son action, d'éviter certains

écueils, et de gagner du temps dans son évolution. C' est le levier le plus efficace pour accélérer l' évolution du réseau et en confirmer l' utilité et l' efficacité.

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

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

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

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

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

## **II. L' évolution vers un réseau de santé**

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

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

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

Il vous appartiendra d' encourager cette évolution.

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

La modification des pratiques induite par le fonctionnement en réseau met à la disposition des professionnels impliqués ensemble dans la lutte contre une pathologie des outils utilisables pour d'autres pathologies : un réseau gérontologique peut prendre en charge des cancéreux, un réseau suivant des malades atteints de sida en fin de vie doit se rapprocher de réseaux de lutte contre la douleur, un réseau en charge de patients infectés par le VIH peut suivre un patient infecté par le VHC¼

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

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

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

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

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

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

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

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

#### L'examen des projets

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

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

LA MINISTRE DE L'EMPLOI

ET DE LA SOLIDARITE

Martine AUBRY

LA SECRÉTAIRE D'ÉTAT A LA  
SANTÉ

ET A L'ACTION SOCIALE

Dominique GILLOT