

## Les moyens de la coopération sanitaire - Présentation de textes relatifs aux réseaux de soins

01/06/1999

### **LES MOYENS DE LA COOPERATION SANITAIRE (présentation des textes relatifs aux réseaux de soins)**

#### **LES MOYENS DE LA COOPERATION SANITAIRE**

Clé de voûte de la complémentarité hospitalière ainsi que du partenariat avec les professionnels de santé de la ville, la coopération sanitaire a connu un essor grâce aux ordonnances de 1996 qui ont mis en place de nouveaux outils incitant à la collaboration des différents acteurs de santé.

Leur objectif est triple :

- assurer la continuité et la coordination des soins ;
- favoriser l'orientation adéquate des patients ;
- apporter des réponses graduées aux besoins de santé en optimisant l'offre de soins.

Toutefois, ces différents outils ne sont pas aisés à sélectionner, à mettre en œuvre et à faire fonctionner.

\*

#### **1. Les réseaux expérimentaux prévus par l'ordonnance sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.**

Leur caractère expérimental, limité dans le temps (5 ans) porte pour l'essentiel sur l'élaboration de nouveaux modes tarifaires -la tarification actuellement en vigueur étant absolument inadaptée à un travail en réseau- et vise uniquement des pathologies lourdes ou chroniques.

Ce dispositif permet 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.

Pour cette raison, il s'adresse prioritairement aux professionnels de ville qui en sont les principaux promoteurs mais rien ne s'oppose à la participation des établissements de santé.

**textes de référence** : articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-12 du code de la sécurité sociale (annexe n°1) ;

#### **1.1 Contenu de la convention (article R. 162-50-1 du code de la sécurité sociale :**

Le réseau a pour support juridique une convention qui doit contenir -a minima- les éléments d'informations suivants :

- l'intérêt économique du projet au regard notamment de l'objectif de maîtrise des dépenses remboursées par l'assurance maladie ;
- son intérêt médical au regard de l'organisation, de la qualité et de la continuité des soins ;
- la justification des dérogations tarifaires demandées aux dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur ;
- les conditions dans lesquelles les professionnels de santé et les établissements entrant dans son champ d'application peuvent y adhérer ;
- les conditions dans lesquelles l'action expérimentale est conduite (notamment le rôle de chacun des acteurs, les engagements souscrits par chacune des parties à la convention, notamment au regard de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins, ainsi que du suivi de l'évaluation de cette action) ;
- les modalités d'information et de recueil du consentement des patients, bénéficiaires de cette action expérimentale ;
- la qualité du système d'information mis en place en vue de l'évaluation du projet ;
- les conditions de prise en charge financière des prestations ;
- les règles dérogatoires aux dispositions tarifaires et notamment les modalités de prise en charge par les régimes de base et le cas échéant, par les organismes de protection complémentaire, des prestations entrant dans le champ d'application de la convention.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/les-moyens-de-la-cooperation-sanitaire-presentations-de-textes-relatifs-aux-reseaux-de-soins/>

## 1.2 Procédure d'agrément des projets :

- les projets de conventions peuvent être présentés par toute personne physique ou morale (promoteur) ;
  - ils sont soumis à l'avis :
    - de la caisse nationale d'assurance maladie concernée (sauf si celle-ci en est le promoteur)
    - du conseil d'orientation comprenant notamment des représentants des organismes d'assurance maladie ainsi que des professions et établissements de santé (commission Soubie) ;
- Le conseil statue notamment au regard de l'intérêt médical et économique du projet et des justifications de dérogations tarifaires (R. 162-50-4) ;
- ils sont agréés par l'autorité compétente de l'Etat compte tenu de leur intérêt médical ou économique.
  - l'arrêté fixe la durée de l'agrément qui ne peut excéder 3 ans, mais peut être prorogée au vu des résultats de l'évaluation et après renouvellement de la procédure consultative ;

**exemple d'agrément** (en annexe n° 2) : arrêté du 3 septembre 1998 portant agrément d'une action expérimentale en application de l'article L. 162-31-1 (Prophylaxie et soins dentaires chez l'enfant)

## 1.3 Cessation anticipée de l'action expérimentale (R. 162-50-7) :

L'autorité ayant accordé l'agrément peut le retirer à tout moment, après avis du conseil d'orientation :

- en cas de méconnaissance des engagements souscrits par les parties à la convention ;
- au vu des résultats de l'évaluation ;
- lorsque le retrait d'un promoteur de l'action expérimentale est de nature à modifier substantiellement les conditions initiales de son déroulement ;
- en cas d'urgence, pour des motifs de santé publique (*sans consultation préalable du conseil d'orientation*).

## 2. les réseaux de soins de l'ordonnance relative à la réforme de l'hospitalisation.

A la différence des premiers, ces réseaux ne concernent pas exclusivement les pathologies lourdes mais 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.

Ils doivent nécessairement impliquer au moins un acteur de santé hospitalier et ont pour vocation de susciter de nouveaux modes d'organisation et de coopération au bénéfice d'une population particulière (personnes âgées, femmes enceintes/nouveaux-nés, toxicomanes) ou pour assurer le traitement de certaines pathologies lourdes ou chroniques ou l'exercice de certaines activités de soins (urgences, réanimation...).

Ils peuvent également conduire au développement hors les murs d'activités hospitalières favorisant le maintien ou le retour à domicile du patient.

### Textes de référence :

- article L. 712-3-2 du code de la santé publique (annexe n° 3) ;
- circulaire DH/EO n°97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements (annexe n° 4).

### 2.1 convention constitutive

La création du réseau de soins peut se faire à l'initiative de l'établissement hospitalier ou des professionnels de ville ou d'organisme médico-social. Son support juridique est également une convention qui comporte -a minima- les informations suivantes :

- 1°) liste des acteurs constituant le réseau ainsi que sa desserte géographique ;
- 2°) champ de la pathologie ou de la population spécifique prise en charge ;
- 3°) objectif commun de soins poursuivi, en principe porteur de changements en ce qui concerne la prise en charge des patients ;
- 4°) graduation des niveaux de soins offerts au sein du réseau, procédures d'accès mises en place ainsi que supports matériels pour assurer le suivi des patients ;
- 5°) moyens organisationnels mis en œuvre (protocoles, formation des partenaires, moyens matériels et humains

éventuels...), procédures liant les différents acteurs (système d'information, coordination) ;  
6°) obligations des parties notamment en ce qui concerne les modalités d'information et de recueil de consentement des patients tant à l'hôpital qu'en ville ;  
7°) modalités d'évaluation du réseau ;  
8°) durée de la convention et ses modalités de renouvellement.

## 2.2 l'agrément de la convention

Il est donné par le directeur de l'ARH, après avis éventuel de la commission exécutive ; il est subordonné à l'intérêt médical du projet qui doit garantir une plus grande qualité des soins et une réelle amélioration des conditions de prise en charge des patients (cf avis ARH - annexe n° 5).

NB : ce type de réseau de soins peut également entrer dans le champ d'application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale et devra dès lors être également soumis à la procédure prévue par cet article et mentionnée plus haut.

## 3. Les difficultés juridiques communes aux deux types de réseaux

La principale difficulté tient au fait que les réseaux de soins, créés par voie conventionnelle, ne possèdent pas de personnalité juridique propre.

Ainsi, tant dans la constitution que dans la gestion du réseau, l'absence de personnalité juridique suppose la signature de la convention et de chacun de ses avenants par tous les acteurs du réseau : il en résulte une grande lourdeur, notamment en cas d'implication de nombreux et disparates acteurs de santé de ville.

La solution retenue consiste à proposer de fédérer les professionnels de santé en associations (des médecins de ville, des médecins hospitaliers, voire des autres professionnels de santé) de manière à limiter le nombre de signataires et à n'avoir, à côté du ou des établissements de santé et éventuellement des caisses, qu'un seul interlocuteur représentant les professionnels pour la signature de la convention et tous les actes juridiques subséquents.

**Cette solution pragmatique, puisqu'elle limite à deux voire à trois les acteurs du réseau, doit toutefois éviter d'entretenir la confusion entre médecins hospitaliers et hôpital, les premiers adhérant à titre purement personnel et non en qualité de représentant de l'établissement auxquels ils appartiennent.**

Annexes complémentaires :

- Décret du 31 mai 1997 relatif à la composition du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins (annexe n° 6) ;
- Décision du 28 janvier 1998 portant règlement intérieur du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux (annexe n° 7).