



# Réseaux hospitaliers : quel intérêt en médecine intensive ?

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 2678-80

**P. Eckert**

Dr Philippe Eckert  
 Direction des soins médicaux  
 Centre hospitalier du centre du Valais  
 Avenue Grand-Champsec 80  
 1950 Sion  
 philippe.eckert@rsv-gnw.ch

## Are hospital network interesting for intensive care medicine ?

In critical care medicine, collaborative networks are well-developed for clinical research. This model is equally interesting for care, education and management. For example, in a network, an intensivist can be easily sent to another hospital in order to deliver specialized care. In French and Italian part of Switzerland, a critical care network was recently founded and it implements now several collaborative projects. Networks are very interesting for their members because they allows some small ICUs to survive and avoid very expensive costs related to restructuration of the larger ones. Thus, this model will certainly develop during the next years.

En médecine intensive, des réseaux de collaboration existent depuis de nombreuses années pour la recherche clinique. Ce modèle est également intéressant pour l'activité clinique, la formation et la gestion. Par exemple, un réseau facilite la constitution d'une cellule de remplacement qui assure, en cas d'absence, la permanence de la compétence par l'envoi d'un intensiviste d'un autre hôpital. En Suisse romande et au Tessin, le Réseau latin de médecine intensive, récemment créé, développe différents projets de collaboration. Les réseaux présentent un intérêt pour leurs membres en assurant simultanément la pérennité de structures qui peuvent être appelées à disparaître, tout en évitant des coûts de restructuration élevés. Ce modèle est ainsi appelé à se développer dans les prochaines années.

## INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé, de nombreux réseaux de collaboration aux orientations différentes existent : réseaux de soins ambulatoires, filières de soins pour la prise en charge de patients atteints de certaines pathologies spécifiques, réseaux de collaboration pour des objectifs définis (recherche, enseignement...), réseaux hospitaliers, réseaux dévolus à une discipline médicale particulière, etc. Nous nous limiterons volontairement à l'analyse des réseaux à caractère hospitalier puis discuterons l'intérêt de ce type de collaboration pour la médecine intensive.

## RÉSEAUX HOSPITALIERS EN SUISSE ROMANDE : HISTORIQUE

L'historique des réseaux hospitaliers de Suisse romande est tiré du remarquable ouvrage *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande* de Pierre-Yves Donzé, publié en 2003.<sup>1</sup>

En Suisse romande, jusqu'au début des années 1970, les associations hospitalières sont indépendantes, les cantons jouant le rôle de bailleur de fonds. Les tentatives de rapprochement entre hôpitaux se sont jusqu'alors toujours soldées par des échecs. Ce sont finalement les différentes crises économiques qui vont, d'une part, modifier le rôle de l'Etat dans l'organisation hospitalière des cantons et, d'autre part, conduire à l'évolution des collaborations hospitalières avec la formation de réseaux. En effet, avec la crise économique de 1973 et les besoins croissants en financement d'innovations médico-techniques, le rôle de l'Etat s'accroît, ce qui lui permet d'intervenir sur le nombre de lits et le type de prestations dispensées par les différents établissements publics. Dès 1990, avec la crise des finances publiques, la volonté de croissance hospitalière se heurte à l'absence de moyens. Parallèlement, la spécialisation médicale crée des besoins nouveaux auxquels les hôpitaux ne peuvent plus répondre de façon isolée. Les premières constitutions de réseaux hospitaliers ont une connotation régionale avec, en général, la mise en commun de deux hôpitaux, dont l'un est dédié à la médecine aiguë et l'autre à la réadaptation. La collaboration concerne alors les secteurs administratifs et les activités médicales à forte contrainte telles que la garde.



A cette époque, on voit se développer en Suisse romande un modèle unique de planification hospitalière, conçu et défendu par le Pr Pierre Gilliand, des Universités de Lausanne et Genève. L'objectif principal de ce nouveau modèle de planification est la mise en réseau et le partage des compétences qui doivent conduire à une diminution des coûts par la réduction des infrastructures médico-techniques. A l'approche de Gilliand s'oppose celle du Pr A. Bailly qui, sur la base d'analyses métriques, conclut à la nécessité de maintenir les hôpitaux même de taille modeste, compte tenu de leur impact économique sur le développement de leur région.

Dès 1998, on assiste à un élargissement des zones hospitalières qui passent progressivement du district à la région, voire au canton tout entier. Au début des années 2000, le canton de Vaud constitue plusieurs réseaux régionaux (Réseau hospitalier du Nord vaudois, Riviera, Chablais, etc.). Dès 2004, les cantons du Valais, de Fribourg, de Neuchâtel et du Jura vont chacun leur tour procéder à la création de réseaux hospitaliers cantonaux.

### RÉSEAU HOSPITALIER CANTONAL : L'EXEMPLE DU VALAIS

L'organisation hospitalière valaisanne a évolué de façon similaire à celle des autres cantons romands. Dès le début des années 90, l'Etat commence à réduire le nombre de lits des hôpitaux aigus.<sup>2</sup> En 1998, le mode de remboursement des hôpitaux est modifié, passant d'un forfait à la journée à un forfait par discipline (précurseur du système APDRG). En 2000, l'Etat propose la modification des zones hospitalières et une nouvelle répartition des activités entre hôpitaux. Après une première tentative avortée, sous la pression de l'explosion des coûts de fonctionnement et la réduction du nombre de lits par hôpital – posant *in fine* la question de la rentabilité de certains d'entre eux – une nouvelle organisation, assortie d'une planification hospitalière, est mise en œuvre en 2004. Une institution autonome de droit public, le Réseau Santé Valais, est chargée de mettre en œuvre la planification du Conseil d'Etat valaisan et de gérer les hôpitaux. Cette planification crée trois centres hospitaliers, regroupant chacun plusieurs hôpitaux, couvrant l'ensemble du territoire cantonal, avec une répartition des activités et disciplines entre les différents sites hospitaliers de chaque centre. De plus, certaines disciplines de pointe sont regroupées pour tout le canton à Sion. Après quatre ans d'existence, le bilan du Réseau Santé Valais – l'hôpital du Valais – est positif avec la création de pôles de compétences, des améliorations significatives pour le corps médical, particulièrement par la diminution des astreintes, et un meilleur contrôle des coûts. Par contre, une activité multisite en réseau pose de nouveaux problèmes, liés notamment à l'activité des médecins sur plusieurs sites. De plus, la complexité croissante de la prise en charge des patients nécessitant une permanence de la compétence, les exigences légitimes de la population en matière de qualité et de sécurité, et le prochain régime de concurrence entre hôpitaux introduit par la récente révision de la LaMal, ont conduit à des révisions de la planification en 2006 et 2008. Ce processus évolutif, qui modifie

régulièrement la répartition des activités hospitalières, est aujourd'hui dicté avant tout par des impératifs d'ordre médical. Par ces adaptations successives, l'Etat entend poursuivre le développement de centres de compétences définis par le regroupement de tous les spécialistes impliqués dans la prise en charge de pathologies spécifiques pour un nombre important de patients (notion de masse critique). Ces centres permettent d'attirer des médecins spécialistes de haut niveau, d'assurer la qualité des soins et de dispenser une formation postgraduée adéquate.

### LES RÉSEAUX EN MÉDECINE INTENSIVE

Les collaborations entre unités de soins intensifs (USI) existent depuis de nombreuses années, notamment à l'étranger, en particulier dans le domaine de la recherche clinique. C'est grâce à la création de réseaux centrés sur un objectif de recherche précis qu'un certain nombre d'avancées cliniques ont eu lieu en médecine intensive. Citons par exemple la ventilation mécanique des patients atteints de syndrome de détresse respiratoire de l'adulte, caractérisée par des volumes courants réduits (6 ml/kg).<sup>3</sup> Aujourd'hui, de nombreux réseaux de recherche existent, notamment dans les domaines suivants : soins aux patients, prise en charge des familles, organisation des unités, etc.<sup>4-6</sup> Si la recherche clinique représente certainement un créneau intéressant pour la formation de réseaux, d'autres secteurs de la médecine intensive peuvent être intéressés par de telles organisations. Par exemple, au plan clinique, les USI peuvent bénéficier de l'existence d'un réseau pour optimiser leur organisation médicale, bénéficier de protocoles et procédures, etc. A l'heure de la permanence de la compétence, légitimement réclamée par nos patients et exigée par l'organe de reconnaissance des USI en Suisse, la création d'un réseau permet de mettre à disposition de ses membres, des spécialistes intensivistes disponibles pour assumer des gardes ou des remplacements. Pour la formation médicale et infirmière, des cours théoriques peuvent être centralisés et des parcours de formation organisés. Des projets spécifiques dédiés par exemple à la qualité ou au don d'organes voient leur réalisation facilitée par une organisation en réseau.<sup>7</sup>

Les objectifs poursuivis par ces modèles sont donc évidents : mise en commun de compétences, partage de développements communs, échanges. Ceci permet notamment aux USI d'apporter des réponses concrètes à des problèmes à la complexité croissante auxquels elles ne pourraient faire face par une approche individuelle.

### RÉSEAU DE MÉDECINE INTENSIVE EN SUISSE LATINE

Sur la base de collaborations déjà établies dans la formation médico-infirmière et devant la nécessité de créer une organisation dédiée au don d'organes en Suisse romande et au Tessin, un réseau latin de médecine intensive a été fondé en 2007. Il regroupe l'ensemble des USI des hôpitaux publics de Suisse latine et a pour objectif de développer des projets communs dans les domaines clinique, de la formation, de la gestion et de la recherche. A



titre d'exemple, sont actuellement discutés la création d'une structure permettant d'assurer le remplacement temporaire des médecins-cadres des USI, des parcours de formation des futurs intensivistes, la mise sur pied de projets qualité, etc. Aujourd'hui, le Réseau latin de médecine intensive accompli ses premiers pas. Il s'inscrit cependant dans une dynamique plus vaste de collaborations entre les établissements hospitaliers de Suisse latine, conduites notamment par leurs directeurs médicaux.

## CONDITIONS NÉCESSAIRES À LA RÉUSSITE DES RÉSEAUX

Il convient ici de différencier deux situations distinctes. Lorsque la constitution de réseaux est décidée par des organes extérieurs aux hôpitaux, notamment l'Etat, la contrainte liée à ce processus engendre souvent des résistances initiales. Elles peuvent être internes (corps médical, autres collaborateurs) ou externes (population, autorités locales).

La constitution d'un réseau sur une base volontaire est régie par d'autres règles. Il s'agit en effet, avec des moyens financiers souvent limités, de définir un cadre permettant au réseau de fonctionner tout en favorisant l'adhésion de ses membres. Ceux-ci doivent trouver leur place dans cette nouvelle structure. La communication et la transparence sont des éléments essentiels de réussite et favorisent l'instauration d'un climat de confiance entre tous les partenaires. Un soutien institutionnel et politique peut constituer une aide puissante à la réussite de ces réseaux.

## LES RÉSEAUX : MODÈLE D'AVENIR EN MÉDECINE INTENSIVE ?

Pour les USI, la constitution de réseaux est indispensable si elles entendent faire face à la spécialisation médicale accrue, à la charge de travail importante liée notamment à la permanence de la compétence et à la pénurie médicale qui se profile. Les contraintes initiales induites par leur création seront rapidement compensées par les bénéfices que l'on peut obtenir tant pour la prise en charge des patients que l'organisation médicale.

A l'avenir, le maintien du statu quo pourrait conduire cer-

tains hôpitaux à fermer leur USI, faute, notamment, de personnel médico-infirmier spécialisé en nombre suffisant. D'un autre côté, une concentration massive des lits de soins intensifs est difficilement envisageable dans un futur proche, compte tenu de l'importance des infrastructures à bâtir. De plus, au plan politique, une telle démarche serait confrontée à un certain nombre de résistances. C'est donc par la constitution de réseaux que les USI vont évoluer. En leur sein, les tâches et missions de chacun de leurs membres se verront redistribuées. Dans un même réseau cohabiteront des USI aux missions différentes et définies, tenant compte de l'environnement hospitalier, notamment technologique, et du personnel spécialisé de chacune d'entre elles ainsi que des ressources dont elles disposeront.

## CONCLUSION

La création de réseaux s'inscrit dans un processus évolutif de réorganisation hospitalière. Ceux-ci présentent de nombreux avantages, notamment par une répartition des activités entre différents sites hospitaliers et une organisation médicale adaptée aux exigences de la population et des professionnels. Pour la médecine intensive, compte tenu de besoins en expertise médicale spécifique, la création de réseaux permet d'améliorer le fonctionnement et l'organisation des unités de soins intensifs et de garantir, même dans les hôpitaux de taille moyenne, une permanence de la compétence. En plus de ces améliorations organisationnelles, les réseaux permettent des échanges entre professionnels qui contribuent également à l'amélioration de la qualité.

Les réseaux représentent donc un modèle d'avenir, que ce soit pour l'organisation hospitalière ou celle d'une discipline médicale telle que la médecine intensive. Ils permettent de s'adapter aux exigences nouvelles de la population dans le domaine de la santé sans induire des coûts de restructuration excessifs.

Il n'est pas utopique de penser que, dans quelques années, des réseaux de collaborations interhospitalières se développeront dans de nombreux domaines de la médecine, suivant en cela le modèle du Réseau latin de médecine intensive.

## Bibliographie

- 1 \*\* Donzé PY. Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande. Chêne-Bourg/Genève: Georg Editeur; 2003.
- 2 \* Vouilloz Burnier MF, Barras V. De l'hospice au réseau santé. Santé publique et systèmes hospitaliers valaisans XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles. Sierre: Monographic SA, 2004.
- 3 The acute respiratory distress syndrome network. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2000; 342:1301-8.
- 4 Garrouste Orgeas M, Timsit JF, Soufir L, et al. Impact of adverse events on outcomes in intensive care unit patients. Crit Care Med 2008;36:2041-7.
- 5 Ciroldi M, Cariou A, Adrie C, et al. Ability of family members to predict patient's consent to critical care research. Intensive Care Med 2007;33:807-13.
- 6 \* Breslow MJ, Rosenfeld BA, Doerfler M, et al. Effect of a multiple-site intensive care unit telemedicine program on clinical and economic outcomes: Alternative paradigm for intensivists staffing. Crit Care Med 2004;32:31-8.
- 7 Revelly JP, Heidegger CP, Eckert P, et al. Programme latin de don d'organes: les intensivistes se mettent en réseau. Rev Med Suisse 2008;4:2682-5.

\* à lire  
\*\* à lire absolument