



HAL
open science

Conclusion du rapport "Des groupes informels aux réseaux de soins : diversité des régulations et circulation des informations"

Alexis Ferrand

► **To cite this version:**

Alexis Ferrand. Conclusion du rapport "Des groupes informels aux réseaux de soins : diversité des régulations et circulation des informations". Des groupes informels aux réseaux de soins : diversité des régulations et circulation des informations, CNRS CLERSE, pp.237-248, 2004. halshs-00250354

HAL Id: halshs-00250354

<https://shs.hal.science/halshs-00250354>

Submitted on 11 Feb 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Conclusion

du rapport de recherche :

Des groupes informels aux réseaux de soins : diversité des régulations et circulation des informations,

Castra M., Cresson G. (Dir scientifique) , Denquin S., Ferrand A., Lardé P.,
Lille CNRS CLERSE, 2004 : 237-248

(Programme MIRE : Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé)

A.Ferrand

Analyser un fonctionnement social en terme de « réseau » c'est, dans une démarche sociologique, adopter un certain point de vue et une manière de rassembler des informations sur la réalité. Dans cette perspective un réseau est défini d'abord par *un* type de relation et par un ensemble d'acteurs qui pourraient avoir ce type de relation entre eux. Lorsqu'on étudie « un » réseau de soins, tel que les professionnels peuvent le définir, on est en fait confronté à *plusieurs* réseaux, car il y a *des types très différents de relation* qui sont simultanément engagés dans la dynamique de tels réseaux. Par exemple, des médecins échangent des informations (et on peut décider de distinguer plusieurs types : les informations concernant les patients ; des informations concernant le réseau, c'est-à-dire les institutions, les confrères, etc. ; des informations «générales» sur la pathologie et le milieu médical) ; ils échangent des patients (adressage et/ou prises en charge conjointe). La famille a des relations de soin et de soutien avec son patient, mais aussi de demande de conseils et d'informations avec un ou plusieurs soignants. Et ces soignants peuvent aussi chercher des informations auprès des familles. Les relations de soin elles-mêmes sont variées et on sait bien que la relation patient - médecin hospitalier n'est pas la même que la relation patient - infirmière, patient - paramédicaux etc. Il existe aussi des relations de commandement - obéissance, des relations de conseil plus ou moins réciproques, des relations d'amitié, etc.

L'inventaire détaillé de ces relations permet une monographie clinique d'une organisation. Notre but dans cette conclusions est plutôt comparatif et nous cherchons à identifier seulement des caractéristiques distinctives marquantes de différents réseaux observés. C'est pourquoi nous commençons par l'autre principe de définition d'un réseau : quels sont les *acteurs* concernés (quelle que soit la variété des relations qu'ils entretiennent) ?

De ce côté ci de la définition, qui est plus simple et plus tranchée, nous pouvons commencer par examiner les médecins que nous pouvons classiquement catégoriser en fonction de leurs spécialités médicales. Nous voyons clairement émerger l'opposition entre des prises en charge qui exigent toujours l'intervention de plusieurs médecins et celles qui, à l'opposé, peuvent être gérées par un seul médecin. Du côté des prises en charge pluridisciplinaire on peut ranger les cancers gynéco - mammaires et la mucoviscidose, et du côté des interventions mono disciplinaires l'IRCT (en notant que les greffes ne représentent qu'une proportion faible des cas). Entre les deux, l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs représente une situation qu'on peut qualifier aujourd'hui de bi-disciplinaire (car le patient commence par rester en curatif).

Prenons un tout autre aspect : peut-on considérer la famille comme un acteur dans la production des soins ? Assurément pour la mucoviscidose et dans beaucoup de cas d'IRCT les proches contribuent aux soins. Pour les soins palliatifs et le cancer, il s'agira moins d'une

délégation d'actes de soins, que de l'appel à renforcer le soutien affectif et relationnel auprès des patients. On pourrait de même examiner la variété des interventions des personnels infirmiers et de différents professionnels para-médicaux. Mais ce qu'on veut initialement mettre en exergue, c'est que *la division sociale et technique des interventions crée des interdépendances particulières pour les différentes pathologies et impose donc des contraintes différenciées aux coopérations que les acteurs établissent. Et ceci dès avant toute politique volontariste et formelle de mise en réseau.* Dès lors ce que les acteurs vont identifier dans leur domaine comme « mise en place d'un réseau » correspond à des *transformations* de relations préexistantes de coopération extraordinairement variées, car les points de départ, les types initiaux de coopération sont très divers : échanger des points de vue sur un cas peut dans un domaine être une banalité ancienne mais sera dans un autre domaine une innovation remarquable.

Puisque nous nous intéressons d'abord aux acteurs, nous pouvons caractériser la transformations des prises en charge, et notamment la transformation des formes de coopération à partir de la stabilité des types d'acteurs concernés (on prend les mêmes, mais ils jouent différemment) ou de *l'émergence de nouveaux types d'acteurs* qui rentrent dans les rapports d'interdépendance et créent des coopérations particulières.

Deux domaines de prise en charge peuvent être caractérisés par l'émergence de nouveaux acteurs :

- a) D'un côté, le dépistage à la naissance entraîne l'apparition de deux acteurs : parmi les professionnels l'association de dépistage, et parmi les patients, le dépistage à la naissance produit des patients nouveaux *asymptomatiques*. D'un autre côté, la mucoviscidose, mieux maîtrisée, permet aux enfant atteints de vieillir et de devenir des patients adultes. Enfants asymptomatiques, adolescents et jeunes adultes sont des nouveaux venus dans le dispositif. Nouveaux patients donc, mais avec les patients adultes viennent de nouveaux praticiens, et de nouveaux services sont concernés.
- b) Les soins palliatifs supposent l'identification formelle de nouveaux types de patients pour lesquels les soins curatifs peuvent être abandonnés et ce sont des acteurs professionnels nouveaux, revendiquant une nouvelle spécialité, qui sont porteurs de cette désignation.

Ni pour le cancer gynéco mammaire, ni pour l'IRCT, on ne peut identifier l'émergence forte de nouveaux acteurs professionnels.

Par contre, de manière générale mais plus prononcée pour les pathologies qui n'avaient pas d'expérience ni de tradition en la matière (notamment IRCT et passage d'une approche curative à des soins palliatifs), on voit *les proches des patients* devenir des acteurs dans le système de prise en charge, soit simplement parce que leur avis est sollicité, soit en étant formellement identifiés comme réalisant un soutien relationnel, soit en réalisant des interventions déléguées par les personnels soignants.

La transformation des prises en charge et de la coopération peut également résulter d'une *modification des tâches*, en donnant à ce terme un sens très général. Les différentes pathologies examinées révèlent ici aussi des processus contrastés.

Nous pouvons distinguer trois types de transformation des tâches : *L'ajout* d'une tâche nouvelle, la *substitution* d'une tâche ancienne (supprimée) par une autre (nouvelle) ; la *conversion* d'une tâche qui reste mais dont l'exécution et la réalisation sont modifiées (disons par exemple imposition d'un nouveau protocole). Ces distinctions ont des implications

concernant d'une part les savoirs faire que des acteurs doivent éventuellement acquérir et d'autre part l'apprentissage qu'ils doivent éventuellement faire de nouvelles *relations de dépendance* avec d'autres acteurs. Par exemple, l'ajout d'une tâche nouvelle, sans nouvel acteur, demande aux acteurs en place d'acquérir la compétence ad hoc, cependant que l'ajout d'une tâche nouvelle, réalisée par un nouvel acteur, implique de réorganiser le partage du travail et les relations de concurrence ou de coopération. Ce qui est en général plus délicat à réaliser dans une organisation.

L'*ajout de tâches nouvelles* est massif dans la mucoviscidose : Les soins aux adultes doivent spécifier de nouvelles compétences, et ces soins à ces nouveaux patients sont pris en charge par des praticiens nouveaux, dans des services différents. Ces nouveaux acteurs ont à s'organiser entre eux. Mais les coopérations entre les spécialistes des enfants et ceux des adultes concernent surtout l'organisation des transitions, c'est-à-dire du transfert d'un patient d'une équipe à l'autre. Il n'y a pas de concurrence. Le dépistage systématique des nouveaux nés impose des tâches nouvelles : accueil des parents concernés, l'annonce d'une maladie qui n'est pas encore exprimée, le soin de ces patients asymptomatiques ; tout ceci est pris en charge par les spécialistes et les équipes préexistantes, mais constitue une charge et une variété de travail supplémentaires.

L'ajout de tâches nouvelles est également central pour les soins palliatifs, en quelque sorte par définition. Là aussi des praticiens nouveaux prennent en charge ces innovations. Mais sans service nouveau. Ceci implique une substitution des soins curatifs par des soins de bien être, et en partie une conversion de certaines pratiques pour les acteurs « anciens » des services curatifs.

Des transformations significatives de tâches apparaissent pour la prise en charge du cancer. Sans que ceci soit systématique, en tendance, il s'agit de substituer des décisions explicitement collectives pour choisir un protocole à des décisions plutôt individuelles, même si elles comportent aussi des avis plus ou moins informels. Et dans le même temps ces protocoles qui relevaient de l'appréciation d'un praticien sont convertis en protocoles standardisés, validés de manière collective au niveau de la région, c'est-à-dire de l'ensemble du réseau. Ces nouvelles tâches créent, entre des acteurs « anciens » des dépendances horizontales nouvelles dans le partage d'informations sur les patients, la prise de décisions collectives, l'échange de conseils.

Concernant l'IRTC on assiste à un accroissement global de la demande, mais sans émergence de tâches à proprement parler nouvelles ; on peut seulement noter la croissance plus rapide de l'autodialyse. Les différentes formes de prise en charge sont fonctionnellement interdépendantes et hiérarchisées selon l'état du patient : il faut pouvoir disposer des formes plus lourdes en cas d'aggravation ; mais à l'inverse les formes lourdes sont saturées et on a besoin de pouvoir renvoyer des patients vers des formes légères. Et de tous temps ces interdépendances ont été gérées par les néphrologues qui assuraient au cas par cas la continuité du suivi en étant capables d'intervenir dans les structures assurant les différentes formes de prise en charge. Il est maintenant explicitement et formellement demandé aux établissements de pouvoir offrir trois des quatre formes de prise en charge.

Ces transformations ne tombent pas du ciel ni n'émergent « naturellement » des pratiques. Alors que la doxa relative aux réseaux de soins met largement l'accent sur l'horizontalité et le volontariat, au service d'une meilleure prise en charge des patients, les observations faites montrent que la régulation administrative directe pèse parfois lourdement.

Les procédures de demande d'agrément pour être « CRCM » (Centre de Ressource et de Compétence pour la Mucoviscidose) ont obligé localement les acteurs de la prise en charge de la mucoviscidose à formaliser et cristalliser en une organisation particulière (« le Centre ») des coopérations qui préexistaient, ou qui étaient en cours d'émergence. De plus, à l'échelon régional, les décisions administratives ont entériné la hiérarchisation entre le CHU et les autres établissements, mais elles ont aussi géré la concurrence horizontale : elles ont mis en évidence que certaines équipes ne pouvaient pas répondre aux exigences de volume de la file active, ce qui a conduit à leur non reconnaissance et, sans doute à terme, à la fin de capacité d'accueillir ce type de patients.

Ces transformations enfin présentent la particularité d'avoir été partiellement initiées et accompagnées de l'extérieur, par des associations qui ont joué un rôle remarquable (au double sens de décisif et de plutôt rare dans le système de soins). Une association de patients qui a appelé puis accompagné scientifiquement et financièrement les transformations de la prise en charge ; une association de pédiatres « promoteurs » du dépistage, qui a impulsé sa systématisation et sa mise en œuvre.

En résumé les caractéristiques marquantes du processus de transformation qui affecte ici le réseau tiennent à l'ajout fonctionnel d'acteurs et de tâches, ce qui implique d'assurer des transferts de patients. Cette exigence qui résulte de la transformation « naturelle » des clientèles était assez simple à gérer de manière semi-formelle par les acteurs anciens et nouveaux. Ces transitions et complémentarités ont en fait été régulées dans un processus de *formalisation organisationnelle*, auquel ont été ajoutées une *hiérarchisation et une sélection* des sites accrédités, sous contrôle administratif direct.

Les soins palliatifs sont également une transformation principalement « par ajout », qui comporte aussi des substitutions lorsque le curatif laisse place au palliatif. Mais les cadres réglementaires ont laissé intacts les pouvoirs des curatifs, ne faisant qu'autoriser les palliatif à exister, et à se débrouiller pour être demandés.

Pourquoi un service curatif fait appel à l'EMSP. Plusieurs raisons peuvent être avancées, mais on ne doit pas oublier le rôle d'un acteur discret mais insistant : les proches. La douleur a toujours été un « corps étranger » dans les pratiques de soins, plus souvent géré par une compassion informelle qu'affrontée médicalement. La production d'une doctrine de « soins » palliatifs a modifié la donne en insérant la gestion de la souffrance dans le champ des savoirs médicaux. Dès lors l'apaisement peut être *exigé* au même titre que les autres prestations médicales. La création et la transformation progressive des relations entre différents services curatifs et l'EMSP relève d'une régulation proprement professionnelle (infra administrative), mais qui fonctionne *en mobilisant les demandes sociales* des proches.

La création de relations entre les services et l'EMSP semble être fortement dépendante du statut qu'on aurait envie de dire « non territorial », ou « transversal », de cette dernière. Les demandes et décisions principales sont soumises à la hiérarchie des professions, mais les relations les plus efficaces peuvent s'établir directement entre niveaux professionnels homologues en court-circuitant les chemins hiérarchiques. Nous sommes ici dans un cas assez spécial : il ne s'agit pas de la consultation d'un confrère sur un cas difficile dont le demandeur présente les aspects qu'il juge pertinents, et il ne s'agit pas d'un transfert de patient d'un service dans un autre. Il est remarquable que le service demandeur devra donner à voir à un autre service peu ou prou l'ensemble des pratiques de soins de ses différents professionnels sur un patient. On ne peut alors pas contourner le fait que la demande de coopération dans la prise en charge palliative implique de facto l'acceptation d'un contrôle par des pairs, dont on sait qu'elle est le point faible de la régulation des pratiques médicales

par les professions concernées. On peut évidemment considérer que la particularité forte des soins palliatifs réside dans leur « contenu » déroutant : admettre la proximité de la mort et l'abandon des efforts curatifs, mais on doit aussi considérer que la « forme » de cette intervention est tout aussi déroutante car elle comporte *des relations de collaboration-contrôle*, qui établissent une régulation nouvelle par les pairs. Le caractère professionnellement fort peu admissible de ce contrôle est (re) couvert par la rhétorique modeste du conseil, de l'aide, du soutien.

Venons en à la prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires. Les processus de « mise en réseau » auxquels nous assistons ne comportent pas d'entrée en scène de nouveaux acteurs, et seulement des conversions ou substitutions dans les tâches effectuées. L'intervention administrative est minimale : elle fournit le cadre réglementaire. L'essentiel de la transformation résulte de l'action volontariste de différents praticiens et du suivisme de pas mal d'autres. Et cette transformation introduit une modification importante de la régulation des pratiques professionnelles. Régulation nouvelle des processus de diagnostic et des protocoles de soins caractérisée par un examen plus collectif des cas et par la reconnaissance de protocoles standardisés – donc par un contrôle réciproque plus pertinent. Régulation nouvelle des flux de patients visant à ne faire « monter » vers le Centre Oscar Lambret que les cas qui le justifient. Il y a là des effets fonctionnels indéniables. Comment ont-ils été obtenus ? Cette régulation n'est un effet du réseau qu'en autant que le réseau est lui-même un effet des rapports de pouvoir *préexistants* entre les institutions de soin de la région. Il ne semble pas possible de dire que le réseau ait en lui-même créé des pôles de pouvoir nouveaux. Par contre il a créé des occasions nouvelles de négociations et d'échanges de « ressources » entre les partenaires permettant à certains d'entre eux de passer d'une tactique défensive de préservation de l'autonomie à une tactique de coopération innovante. De manière imagée, nous pouvons dire que le réseau permet d'opérer « un changement de braquet » : les inégalités de pouvoir sont peu changées, mais l'intensité des échanges entre acteurs est accrue, le système est globalement plus dynamique.

Enfin, la prise en charge de l'IRCT est un exemple tout à fait intéressant, parce qu'il représente ce qu'on pourrait peut-être nommer un « degré zéro » du réseau, et, à ce titre, être tout à fait important pour mieux comprendre par contraste les particularités des autres cas examinés. On a vu qu'il s'agit d'une prise en charge mono disciplinaire. On a vu qu'il existe bien des interdépendances entre les formes de prise en charge auxquelles un même patient peut devoir successivement faire appel. Mais ces interdépendances sont gérées par le néphrologue qui est acteur dans les différentes structures concernées : pour caricaturer, disons qu'il est en lui-même la ville et l'hôpital. Par ailleurs, dans la région NPDC, le faible nombre de spécialistes, fait qu'il n'y a pas à gérer des problèmes de concurrence. Quant au clivage entre cas lourds et cas moins lourds, il suit de manière assez systématique le clivage entre centre public et centre privé : les structures publiques sont *contraintes* d'accueillir ces cas les plus coûteux. Cette interdépendance privé – public est bien connue, mais ne fait l'objet d'aucune régulation spécifique. De même la régulation des ouvertures de place en centres et en auto dialyse n'est pas unifiée, même si l'administration exige qu'un centre puisse offrir les différentes modalités de prise en charge. Au total ce dispositif correspond plus à une logique de filière que de réseau, logique dans laquelle les médecins contrôlent de manière très individualisée et l'offre de soins et le parcours particulier de ses patients.

*
* *

Une analyse sociologique du réseau formé par les relations entre les différents acteurs qui participent à la prise en charge d'une pathologie peut, de manière très classique, tenter de mettre en évidence soit des caractéristiques « statiques » (organisation et fonction) soit les caractéristiques des transformations en cours. La première approche conduit notamment à se demander quels sont les « effets » ou les « fonctions » d'une forme particulière d'organisation des échanges et des coopérations entre les acteurs que l'on peut observer. Ces points ont été abordés dans les monographies, et nous ne les avons pas repris en conclusion. La seconde approche relative aux transformations ne va plus s'intéresser à « *ce que fait* » le réseau (effets, fonctions), mais à « *ce qui fait* » le réseau (principe génératif et régulation).

Dans cette perspective, à travers les cas examinés, trois processus sont apparus qui méritent d'être particulièrement retenus :

- a) *Des interventions des professions médicales sur elles mêmes* qui tendent à produire ce qu'on pourrait nommer un *redoublement spécialisé de la régulation professionnelle*. La régulation professionnelle comporte, parmi d'autres caractéristiques, l'acquisition de compétences certifiées, l'acceptation d'un code, un engagement d'objectif, ceci permettant l'exercice monopoliste de l'activité . Le processus de mise en réseau redouble *en les spécialisant* les fondements de l'exercice professionnel. On est diplômé, mais on s'engage à se former à nouveau. On a prêté serment, et on adhère à une nouvelle charte. On était spécialiste de ceci, on devient membre du réseau ad hoc, qui tend à être le seul habilité à s'occuper de cette pathologie (monopole). Si on prend le terme de corporation dans un sens fonctionnel, certains réseaux semblent instituer des *corporations médicales spécialisées* au sein de la « grande » corporation des médecins. Et dans certains cas, ceci vaut également pour les infirmière et d'autres para-médicaux qui deviennent « spécialistes » de la prise en charge d'une pathologie.
- b) *Des interventions de « l'Administration » sur les professions* qui contribuent également à redéfinir les droits de prise en charge d'une pathologie, c'est-à-dire à dessiner les nouveaux contours de *territoires monopolistes pour les professionnels* (seul cette équipe peut prendre en charge) qui deviennent pour les patients des *territoires d'assignation* (si on réside ici, il faut s'adresser à tel centre..). Cette transformation appartient au processus très général de réduction des logiques libérale de marché (si toutefois elles ont jamais existé..) dans l'établissement de la relation medecin-patient, au profit de logiques plus régulées laissant moins d'initiatives aux patients.
- c) *Des interventions d'une association de patients capable à la fois de financer des personnels, de financer des recherches dont elle fixe les priorités, de participer aux concertations administratives assurant l'encadrement de la prise en charge*. Sachant qu'une « association » est un réseau formel, ceci représente un modèle original où la coopération et l'action commune dans un réseau de patients produit ce qu'on peut nommer une *régulation associative spécialisée par les patients*. On peut sans doute l'envisager comme la forme « forte » d'intervention des patients qui ne sont plus seulement « au centre » des soins, mais aussi « au dessus » ; comme une intervention qui n'est ni administrative, ni celle d'une mutuelle qui est généraliste, ni celle, à venir sans doute dans notre système, d'une assurance privée qui serait elle aussi généraliste. Il faudrait parvenir à comprendre si ce modèle, qu'on retrouve partiellement dans l'intervention des associations de malades du Sida, restera confiné à la prise en charge de pathologies rares ou bien s'il a des chances de s'étendre, et sous quelles conditions.

Ces tendances ne sont évidemment pas les seules à l'œuvre et n'agissent pas seules. Les transformations des interdépendances et des coopérations entre acteurs sont traversées par des tensions et des contradictions. Contre le « *redoublement spécialisé de la régulation* » que nous avons décrit, on peut discerner des forces adverses où la « spécialité » n'est pas du tout définie à partir des savoirs et des protocoles scientifico-médicaux, mais à partir des dimensions très complexes de l'inscriptions sociale du patient et à partir des compétences pointues exigées par la mobilisation des services sociaux et des institutions locales pour leur prise en charge. La mise en avant de ces compétences là peut conduire alors un réseau à être poly-pathologie. D'autres cas permettraient de décrire ces autres types de transformations.

LES TRANSFORMATIONS D'UN RESEAU OU D'UNE ORGANISATION DES SOINS

	Mucoviscidose	Cancers gyneco mammaires	Soins Palliatifs
a) Changer les catégories formelles d'acteurs concernés	Nvx clients : Tous les bébés à dépister Nvx clients : bébés dépistés asymptomatiques Nvx clients : adultes comme nouveaux patients Nv acteur collectif : association de dépistage Nvx partenaires soignants dans les services adultes de pneumologie, de..., qui se spécialisent en mucoviscidose	Néant	Créer une nouvelle spécialité médicale, donc introduire des personnels spécialisés médecins et infirmières et psycho Créer ou accroître la « présence » des familles dans les prises en charge Crée une nouvelle entité organisationnelle : entité de soins sans lits propres
b) Redistribuer des tâches médicales Ajout d'une tâche nouvelle Substitution d'une tâche par une autre Conversion : modification de la forme de réalisation	Ajout : dépistage systématique hors CRCM Ajout : prise en charge enfants asymptomatiques Ajout : Prise en charge d'adultes Conversion : protocole régulé de transfert des patients vers les services adultes	Conversion de protocoles particularisés en protocoles standardisés Substitution de décisions individuelles par des décisions collectives (Ajout : dépistage systématique ??) (Ajout : participation aux sessions de formation ??)	Ajout de tâches palliatives : diminution de la douleur détresse du patient Substitution de soins curatifs par des soins palliatifs Conversion « éthique » modifiant en amont interventions curatives
c) Redéfinir les interdépendances et les relations : commandement, coopération, concurrence, d'évitement...	Interdépendances nouvelles : entre dépistage et soins bébés entre services infantiles juvéniles et adultes : assurer le suivi intra organisationnel création d'une dépendance de tous les autres professionnels vis à vis des centres agréés	Développer coopération horizontale locale : - Demandes de conseils - Développer les décisions collective : présenté Coopération verticale et hiérarchisation des prises en charge : chaque échelon a besoin de pouvoir « faire monter » un patient s'il s'aggrave ; chaque échelon reçoit ses patients d'un échelon inférieur ; les échelons les plus hauts tendent à saturer et cherchent à relocaliser	Interdépendances nouvelles : Dépendance forte des palliatifs vis-à-vis des curatifs Dépendance plus forte des médecins vis-à-vis des autres soignants « proches » des malades Dépendance croissante des curatifs sur douleur à l'égard des patients et familles
d) modifier la régulation des relations - informel => formel - modifier l'attribution des différents rôles de régulation - modifier les circulations d'information	Importance et stabilité de la régulation par l'association de patients VLM Formalisation des coopérations pédiatrie – médecine d'adulte dans l'entité « Centre » Formalisation de la position centrale du CHU Transformation de la concurrence entre services locaux en régulation administrative par agréments	Formalisation des relations d'adressage entre échelons du réseau hiérarchisé Formalisation des demandes de conseil Formalisation décisions thérapeutiques collective Emergence rôle formel de coordinateur de réseau	Tension entre régulation hiérarchique (curatif) et régulation horizontale fondée sur compétence spécialisée

A.Ferrand, 2004, Conclusion

	IRCT : création de « Rein »	IRCT : prise en charge
a) Changer les catégories formelles d'acteurs concernés	Création des Relais Régionaux de REIN pour faire évoluer le système régional d'information	Néant
b) Redistribuer des tâches médicales Ajout d'une tâche nouvelle Substitution d'une tâche par une autre Conversion : modification de la forme de réalisation	Création d'un registre des patients dialysés ou transplantés + coordination nationale de l'information	Néant
c) Redéfinir les interdépendances et les relations : commandement, coopération, concurrence, d'évitement...		Hiérarchie des prises en charge et coopération verticale : chaque échelon a besoin de pouvoir « faire monter » un patient s'il s'aggrave ; chaque échelon reçoit ses patients d'un échelon inférieur ; les échelons les plus hauts tendent à saturer et cherchent à relocaliser Absence de concurrence entre néphrologues par pression de la demande Absence de concurrence entre association par répartition territoriale Partenariats entre établissements pour disposer des modalités de traitement requises par la nouvelle législation
d) modifier la régulation des relations - informel => formel - modifier l'attribution des différents rôles de régulation - modifier les circulations d'information	Se donner les moyens d'une observation nationale, première étape d'une nouvelle régulation	Chaque néphrologue contrôle sa filière de haut en bas