



HAL
open science

Les réseaux de santé français : une structuration à double sens

Christelle Bruyère, Pascal Bonafini

► **To cite this version:**

Christelle Bruyère, Pascal Bonafini. Les réseaux de santé français : une structuration à double sens. Revue Sociologie Santé - RSS, 2008, 29, pp.123. halshs-00519688

HAL Id: halshs-00519688

<https://shs.hal.science/halshs-00519688v1>

Submitted on 21 Sep 2010

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.

- Proposition de contribution Revue Sociologie Santé n°29 -

Christelle BRUYERE

Docteur es Sciences de Gestion - CRET-LOG - Université Aix Marseille II
ATER – Université Jean Monnet Saint-Etienne
christelle.bruyere@univ-st-etienne.fr

Pascal BONAFINI

Directeur Général Adjoint - CLCC Henri Becquerel - Rouen
Centre d'Etude des Sciences Appliquées à la Gestion – Ecole de Management de Strasbourg
pbonafini@rouen.fnclcc.fr

« Les réseaux de santé français : une structuration à double sens »

Résumé

Apparus dans notre pays il y a une vingtaine d'années, les réseaux de santé se sont développés dans un environnement réglementaire en évolution rapide. A ce titre, les nombreux textes (*circulaires de 1991, ordonnances d'avril 1996, loi du 4 mars 2002*), les recommandations de divers plans de santé publique (*cancer, périnatalité...*) et parfois les possibilités d'accès à des ressources (*FAQSV, DDR, FIQCS...*) ont constitué autant d'opportunités que de contraintes avec lesquelles les promoteurs et acteurs des réseaux ont eu à composer pour pérenniser leurs organisations. Cet essor des réseaux et leur promotion explicite laissent toutefois persister des logiques contradictoires, lesquelles pourraient suggérer une typologie couvrant des réalités entre organisations préservant la logique de terrain originelle et à l'autre extrémité des réseaux devenus de quasi institutions : si l'organisation en réseau est probablement une réponse cohérente et innovante pour répondre aux défis de l'évolution de notre organisation sanitaire, mais il n'en reste pas moins que leur développement et leur pérennité sont conditionnés par un nécessaire arbitrage entre stabilité et instabilité en tension permanente.

Mots clés :

Réseaux de santé, coordination, gérontologie, cancérologie.

Depuis plus de vingt ans, les réseaux de santé se développent de façon continue en France, et ils représentent aujourd'hui une forme d'organisation des soins inscrite dans le paysage des politiques publiques. Ils visent non seulement des pathologies chroniques (sida, cancer, diabète, etc.) mais aussi des populations complexes dont les besoins de santé ne peuvent se résumer au seul domaine médical et exigent une pluridisciplinarité des soins (personnes âgées, adolescents en difficulté, personnes en fin de vie, etc.). Ainsi, avec les réseaux de santé, une nouvelle direction stratégique est donnée en cherchant un rapprochement des problématiques médico-sociales pour apporter une réponse concertée au problème de santé des individus. Toutefois, malgré l'enthousiasme qu'ils suscitent, ils n'en sont pas moins l'objet de controverses. Ils sont mis en balance avec les coûts supplémentaires qu'ils génèrent. De nombreuses énergies locales sont déployées mais les plus values effectives se font attendre. Les pratiques territoriales foisonnent mais la visibilité est faible. Les financements existent mais ils restent insuffisants pour satisfaire les ambitions affichées. Les acteurs sont nombreux mais ils sont dispersés. Autrement dit, alors que les réseaux de santé n'ont cessé de se développer en France, aucun réseau ne semble avoir véritablement fait ses « preuves » à ce jour.

Ce constat paradoxal invite à questionner le développement de cette nouvelle forme d'organisation des soins, simultanément en pleine expansion, s'imposant comme une réponse organisationnelle « évidente », et en proie à des inquiétudes, mettant en doute leur fonctionnement. Dans cette voie, nous commencerons par faire un point sur les fondements et les attentes des réseaux de santé français en visitant leur histoire et leurs références mythiques (1). Partant de là, nous nous interrogerons sur la réalité des réseaux existants en centrant l'étude sur deux secteurs d'actualité en fort développement : la gérontologie et la cancérologie (2). La mise en perspective de ces deux champs de recherche témoignera de la pluralité des modes d'organisation et de structuration des réseaux de santé et posera en corollaire des questions sur l'avenir de cette forme organisationnelle des soins (3).

1. Espoirs et petites misères de nos réseaux de santé

La progression continue des réseaux de santé a entraîné une grande diversité de pratiques et d'acceptions des termes. Toutefois, par delà la polysémie théorique et empirique, subsiste un mythe fondateur qui sous-tend le développement de cette nouvelle forme organisationnelle des soins. Aussi, pour mieux comprendre les fondements et les attentes des réseaux de santé français, nous commencerons par décrire les représentations mythiques sous-jacentes pour ensuite explorer leur histoire après plus de vingt ans d'existence.

a. Le mythe fondateur

i. La « Grande Santé »

Les mythes font partie intégrante de toute société. Ils offrent des repères afin de mieux appréhender notre rapport au monde et sont des moteurs de l'action collective (Jacob, 1981 ; Ansart, 1990 ; Giddens, 1993). Il en est un qui trouve sa source dans le champ de la santé et dont s'imprègnent les réseaux de santé : il s'agit du mythe de la « Grande Santé » (Halpern, 2005 ; Sfez, 1995, 2005). Ce mythe invite à imaginer un homme parfait et immortel grâce à une maîtrise simultanée du corps et de son environnement, générant ainsi une illusion de toute puissance. Il repose sur l'association des progrès médicaux permettant une purification organique et d'une approche globale des soins permettant de soigner non plus seulement la maladie mais le malade dans son cadre de vie social et environnemental. Dans cette perspective, les dimensions sociales et psychologiques ne sont plus en arrière fond du paysage médical mais deviennent des problématiques à part entière de la santé des individus.

Cette logique globale est toutefois entravée par le cloisonnement du système de santé français. « *Cette segmentation conduit à intervenir auprès d'une personne pathologie par pathologie et à ignorer des aspects sociaux qui ont pourtant des incidences fortes sur la santé* » (Bercot et De Coninck, 2002, p. 23). Les réseaux de santé incarnent alors une forme organisationnelle « salvatrice » capable de dépasser les lacunes du système de santé en œuvrant pour le rapprochement des problématiques de soins. « *Les réseaux de santé sont devenus la panacée du système de santé en France. C'est la solution à toute chose. [...]. Finalement, le réseau « fait sens » non pas tant parce qu'il soigne « mieux » - et donc qu'il serait une structure de soins plus efficace - mais parce*

qu'il est un lieu où un imaginaire peut se développer » (Mayran, 2005, p. 10). Ils laissent envisager des futurs possibles capables de stimuler de nouveaux modes d'accès aux soins à l'échelle d'un territoire.

ii. Une prise en charge coordonnée

Dans leur conception idéalisée, les réseaux de santé prennent la forme d'organisations hybrides, qui créent certes du lien entre les acteurs de la santé, mais qui plus encore se tiennent dans l'entre deux de couples d'opposition qu'ils réunissent par delà les clivages historiques : ville / hôpital, généralistes / spécialistes, public / libéral, préventif / curatif, médical / social, professionnels / administrations (Grémy, 1997). Ils cherchent ainsi à mettre en musique l'offre de soins existante dans une logique de complémentarité horizontale, chaque acteur maîtrisant une compétence spécifique nécessaire à la prise en charge globale des usagers. Ils représentent « *l'ensemble des acteurs possibles et des chemins possibles existants à un moment donné pour un type de prise en charge ou un type de pathologie* » (Claveranne et Pascal, 2001, p. 337). Ils s'apparentent à des chaînes multi-acteurs modulables en fonction des besoins de santé (selon la nature des cas à traiter, selon la disponibilité des professionnels de soins, selon la volonté des patients, etc.). Les chaînes d'acteurs se constituent et désagrègent, tels des arrangements éphémères, pour répondre de façon adaptée à une demande ciblée (Fabbe-Costes, 2005 ; Paché et Spalanzani, 2007).

Les plus values attendues concernent aussi bien les patients (facilité d'accès aux soins, lisibilité du système de santé, qualité de vie, etc.), les professionnels (amélioration des conditions de travail, effet d'apprentissage, réconfort face au sentiment d'insécurité lié à la maladie et à la mort, etc.) et les institutions (amélioration de l'état de santé de la population, optimisation des ressources, réduction des gaspillages et des dépenses en limitant les séjours hospitaliers qui sont souvent surdimensionnés pour les soins à dispenser, etc.).

Les réseaux de santé, tels qu'ils sont souhaités, ne sont donc pas le simple prolongement de l'activité des professionnels de santé (entendons la santé dans sa définition extensive incluant les aspects sociaux et psychologiques) mais ils impliquent une nouvelle conception des soins non plus parcellisée mais coordonnée.

b. Des ambitions aux interrogations

i. De l'émergence à la reconnaissance

L'émergence des réseaux dans notre pays peut être liée à des initiatives de professionnels dans les années 80, face à des dysfonctionnements ou insuffisances de notre système sanitaire, en particulier dans les domaines de la coordination gérontologique ou du sida. Cette solution apparaît alors comme une réponse aux enjeux des professionnels, des tutelles et des usagers en permettant l'harmonisation des pratiques, l'amélioration des compétences collectives, l'émergence de coordinations, la rationalisation de l'offre et des trajectoires et globalement l'amélioration de la qualité des soins. Paré de vertus quasi mythiques (Bruyère, 2007) le réseau apparaît alors comme la solution organisationnelle permettant de replacer le patient au cœur du système de soins, même si la formule reste d'une portée plus incantatoire (Bonafini, 2002).

L'explosion du phénomène en France est consécutive à la publication des ordonnances d'avril 1996. La notion de filière ou de réseau est alors évoquée au titre de ces innovations, sans qu'en soit donnée une définition explicite. Les formulations les plus précises des textes encouragent à « *organiser un accès plus rationnel au système de soins, ainsi qu'une meilleure coordination dans [la] prise en charge* »¹ ou bien à « *assurer une meilleure orientation du patient, [...] favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés* »². En complément, un décret du 12 novembre 1999 s'applique aux réseaux ambulatoires en créant le FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville), et enfin, la circulaire du 25 novembre 1999 propose d'abord un état des lieux conduisant à envisager les modalités d'évolution des réseaux existants, puis une harmonisation des cahiers de charges des demandes de financement.

¹ Article L.162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale (*proposant en particulier l'expérimentation de modalités de financement innovantes*)

² Article L.712-3-2 du Code de la Santé Publique

L'année 2002 va révéler deux avancées cruciales quant au statut des réseaux mais aussi à leur financement.

- Tout d'abord, sur le plan juridique, la loi du 4 mars 2002 va abroger les réseaux de soins du Code de la Santé Publique pour proposer une définition désormais unifiée de réseau de santé³. Nous pouvons noter que leur définition confirme l'ouverture de ces réseaux hors de la seule mission de soins et intègre la prévention, la santé publique et le champ du social, ainsi qu'elle rappelle le possible rôle des usagers en leur sein.
- Par ailleurs, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 pose les bases d'un nouveau principe de financement des réseaux avec la DNDR (Dotation Nationale de Développement des Réseaux)⁴. Cette dotation remplace les dispositifs expérimentaux⁵ et la procédure d'agrément des ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) et permet un financement direct des réseaux, les fonds pouvant être mobilisés directement par celui-ci, sans nécessairement transiter par un établissement de santé. L'instruction des demandes de financement est dans ce cadre effectuée par un comité régional des réseaux réunissant les directeurs de l'ARH et de l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) locaux.

Toujours au plan réglementaire, un autre épisode majeur peut être identifié en 2007 avec la publication de la circulaire du 2 mars à destination des tutelles et qui vise à préciser les orientations en matière d'évolution des réseaux. Les objectifs génériques évoqués ne diffèrent guère des ambitions affichées initialement avec la prise en charge globale des patients et le décloisonnement des différents segments de l'offre de soins. Ces textes intègrent les évolutions récentes de l'organisation sanitaire et cherchent également à clarifier les modalités d'articulation des réseaux avec le parcours de soins coordonné ainsi que les nouvelles logiques territoriales d'organisation des soins⁶. Enfin un accent particulier est porté sur les modalités d'évaluation des réseaux comme conditions de leur financement. Cette même année verra également l'unification des enveloppes de financement principales que constituaient DNDR et FAQSV en FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins). Une lecture synoptique de ces évolutions est figurée en annexe.

ii. Une structuration dysfonctionnelle ?

La consécration institutionnelle des réseaux va induire des questionnements liés à leur structuration juridique. En effet, tels que les réseaux sont désormais caractérisés, leur existence repose sur une architecture conventionnelle définie au travers de leur convention constitutive et de leur charte et n'implique pas nécessairement la définition d'une personnalité morale. Dans ce cadre, le réseau existe au sens juridique du terme dès la signature de sa convention constitutive, mais il ne s'agit à ce stade que d'un instrument de coopération fonctionnelle. Cette lecture est toutefois tempérée par la circulaire de décembre 2002⁷ qui indique que « *si la personnalité morale du réseau n'est pas une obligation légale, la création d'une structure juridique adaptée [...] permettra de donner un support à la gestion et au financement du réseau et d'apporter des garanties juridiques minimales aux financeurs* ».

Dans ce cadre, les réseaux ont la possibilité⁸ de se constituer en associations, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou groupements de coopération sanitaire⁹. Le réseau se dote ainsi d'une structure gestionnaire, gage de transparence pour les tutelles et de pérennité mais qui induit des conséquences non neutres pour ses membres :

- Sur un plan très prosaïque, la gestion - au sens administratif - de ces structures est consommatrice de moyens et induit un certain nombre de pesanteurs notablement éloignées des présupposés de souplesse et de plasticité des organisations réticulaires. On note ainsi que la souplesse des règles de fonctionnement de la forme associative a contribué à en faire à ce jour l'option la plus répandue. Les trois autres formes de support de gestion préconisées révèlent des inconvénients parfois rédhibitoires pour les promoteurs. On citera à ce titre : la question de la solidarité des membres dans le cas du GIE (Groupement d'Intérêt Economique), de l'impossibilité d'adhésion des personnes physiques au GIP (Groupement d'Intérêt Public)

³ Art. L. 6321-1 –Chap. 1 Titre II Livre III du Code de la Santé Publique

⁴ Les montants de cette dotation sont identifiés au niveau de l'ONDAM (*montants pour mémoire : 23 millions d'euros en 2002, 44 millions en 2003, 103 millions en 2004*)

⁵ Si en 2001 les dispositifs expérimentaux avaient été prolongés pour 5 nouvelles années, la DNDR les rend caduques

⁶ Projets médicaux de territoire

⁷ N° 2002 –1463 du 17 décembre 2002

⁸ Article L. 6321-2 du Code de la Santé Publique

⁹ Créés par les ordonnances d'avril 1996, les GCS avaient pour vocation de permettre la coopération entre établissements sanitaires publics et privés. Les amendements juridiques successifs tendent à en faire l'outil privilégié de structuration des réseaux

et enfin une relative pesanteur dans les procédures d'agrément des GCS (Groupement de Coopération Sanitaire)¹⁰.

- Par ailleurs, la distinction et l'articulation entre le réseau et sa structure gestionnaire reste parfois délicate à appréhender. Dans une approche simplificatrice, on peut rappeler que l'ensemble des membres du réseau est lié par la convention constitutive qui fixe les missions du réseau et les obligations réciproques des signataires. La structure gestionnaire a vocation à jouer un rôle d'interface entre financeurs et intervenants du réseau (Barré & alii, 2005). Il n'y a donc pas *a priori* de superposition entre le périmètre du réseau et celui de sa structure juridique.
- Enfin, au-delà de cette complexité dans l'appréhension des frontières des réseaux, il convient d'insister sur les conséquences possibles de leur accès à la personnalité morale. En effet, dans cette hypothèse de structuration juridique, la nature de la coopération portée par les réseaux les assimile à de quasi-établissements de santé : « *dès lors qu'un réseau de santé doté de la personnalité morale assure directement certains soins définis aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du Code de la Santé Publique, il est un établissement de santé*¹¹ », et il est alors soumis aux obligations du Code de la Santé Publique en matière d'autorisation, de planification, de contractualisation. D'instruments de coopération, les réseaux peuvent alors se voir positionnés en « concurrents » d'autres institutions¹²...

2. Quelles réalités ?

La question se pose désormais de savoir dans quelle mesure les réseaux existants, soutenus par les acteurs de terrain et encouragés par les tutelles, se rapprochent du tableau mythique. Pour y répondre, nous choisissons de nous intéresser à deux thématiques particulièrement favorables aux organisations en réseau et émergeant toutes deux au début des années 90 : la prise en charge des personnes âgées et la cancérologie. Nous précisons tout d'abord notre démarche méthodologique avant d'exposer les principaux résultats associés à chacun des terrains étudiés.

a. Démarche méthodologique

i. Choix méthodologiques

Les réseaux de santé sont un objet de recherche complexe et original pour lequel la prise en compte du contexte est déterminante. Notre problématique centrale est ici d'approfondir la connaissance de cette nouvelle forme organisationnelle des soins, qui ne répond pas à une organisation standard, mais qui renvoie à un réseau d'acteurs individuels et organisationnels aux frontières mouvantes. Partant de là, nous sommes amenés à étudier en profondeur une ou plusieurs situations dans une ou plusieurs organisations (Evrard et al., 1997). A ce titre, la méthode des cas semble particulièrement adaptée pour découvrir des problématiques nouvelles et rendre intelligible un phénomène en construction qui témoigne de dynamiques de changements (Giordano, 2003 ; Yin, 2003).

ii. Etudes de cas retenues

Pour satisfaire aux objectifs de la recherche tout en exploitant la diversité des réseaux, nous avons retenu deux cas de réseaux de santé exemplaires (David, 2003 ; Giroux, 2003), autrement dit des cas réputés pour leur bon fonctionnement et appartenant à des champs distincts : un réseau gérontologie et un réseau cancérologie.

Le réseau de gérontologie, que nous nommerons arbitrairement Alpha pour des raisons de confidentialité, a été étudié au moyen d'entretiens semi-directifs menés avec des coordonnateurs de réseaux, des professionnels de santé adhérents et des usagers. La mission principale de ce réseau est d'apporter un soutien à la qualité de vie des personnes âgées fragiles et de leur famille en proposant, aux bénéficiaires qui le souhaitent et dont l'état le permet, de rester à leur domicile. La zone d'intervention d'Alpha couvre un secteur de 20 communes rurales du Nord-Ouest des Bouches du Rhône. Alpha a vu le jour en mars 1997 sous l'impulsion d'un groupe de professionnels médico-sociaux qui était confronté sur le terrain à la difficulté d'accès aux soins des personnes

¹⁰ L'Observatoire National des Réseaux de Santé a élaboré un document synthétique à usage des promoteurs qui reprend qui analyse les contraintes liées à chaque forme juridique préconisée : www.onrs.net

¹¹ M. Cormier (2006), « Mutations et enjeux des coopérations hospitalières », ADJA, p. 421

¹² M. Cormier (ibid.) cite le cas d'une ARH refusant la création d'une activité d'hospitalisation à domicile au motif d'un besoin couvert par un réseau de soins palliatifs sur le territoire de santé considéré

âgées. Cette difficulté semblait par ailleurs accentuée par la ruralité du territoire. Initialement soutenu par le Conseil Général pour former un CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), Alpha a progressivement élargi son périmètre d'action en intégrant la prise en charge médicalisée des personnes âgées formant ainsi un réseau de santé reconnu comme tel en 2004 et financé à ce titre par la DNDR. Le réseau est aujourd'hui composé d'une équipe de coordination (une directrice, un médecin, une infirmière, une assistante sociale, une secrétaire et une assistante information) et regroupe environ 170 bénéficiaires et près de 120 professionnels de soins adhérents : médecins généralistes, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, pharmaciens, professionnels de santé hospitaliers (médecins gériatres et médecins psychiatres) et travailleurs sociaux. Le réseau travaille également avec des maisons de retraites, des services de soins infirmiers à domicile et d'autres réseaux de santé (un réseau de soins palliatifs et un réseau de santé Parkinson).

Le réseau de cancérologie, qui a fait l'objet d'une recherche action au cours des quatre dernières années, sera désigné Omega. Il s'est constitué voici une dizaine d'années à la demande des autorités de tutelle (ARH) selon le cahier des charges prescrit dans le cadre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires de l'époque (SROS²). Les objectifs fixés consistaient donc en l'élaboration ou l'adaptation de référentiels de traitement, ainsi que dans la mise en œuvre d'une graduation de l'offre de soins sur un territoire régional (Haute Normandie). Ce réseau regroupe un large échantillon d'établissements publics et privés, de professionnels médicaux et paramédicaux. Il faut noter la présence en son bureau d'une représentation des patients avec la présence d'un membre de la Ligue contre le Cancer. Son financement est assuré par la DNDR et il compte actuellement plusieurs dizaines de membres. L'équipe de coordination est composée d'un médecin et de deux collaborateurs assurant fonctionnement et secrétariat. Quelques postes sont « hébergés » par le réseau et mis à disposition des adhérents, tels que deux secrétaires médicales chargées du suivi des réunions de concertation pluridisciplinaires ou de deux techniciens de recherche clinique. Ce réseau n'est donc pas directement opérateur de soins, il est positionné en coordination des différents partenaires de son secteur. Les missions de ce réseau ont pu évoluer au gré des différents textes réglementaires liés à la cancérologie, il constitue aujourd'hui le réseau régional de référence en la matière.

Précisons que le particularisme des deux cas explorés induit une approche différenciée des deux terrains, à savoir une lecture davantage logistique du réseau gérontologie ancré dans un périmètre local et une lecture plus structurelle du réseau cancérologie appréhendé dans une perspective institutionnelle se voulant plus morphologique que processuelle.

b. Les réseaux de gérontologie

i. Organisation

Alpha est un réseau de proximité initié par des acteurs locaux qui ont soulevé la nécessité de se coordonner à l'échelle du territoire pour favoriser l'accès aux soins des personnes âgées. Bien que le réseau ne réponde pas à une commande institutionnelle et qu'il relève d'une intervention délibérée, il n'en est pas moins financé par les tutelles et encadré par des dispositifs juridiques¹³ qui fournissent une direction stratégique sans toutefois donner concrètement les moyens de se rapprocher du niveau opérationnel. L'organisation d'Alpha s'appuie ainsi sur un bricolage ingénieux pensés et mis en œuvre par les acteurs de terrain (Brémond et *al.*, 1997).

Pour comprendre l'organisation du réseau Alpha, nous choisissons comme porte d'entrée la trajectoire du bénéficiaire en reconstituant le parcours type d'une personne âgée prise en charge par le réseau, de son entrée à sa sortie.

Quatre critères d'inclusion ont été décidés en équipe interne pour déterminer l'entrée de la personne dans le réseau : être sur la zone géographique d'intervention, avoir plus de 60 ans, être en situation médico-sociale difficile (dépendance psychique ou physique, situation à risque - isolement, chute, fragilité psychologique, absence de suivi médical, précarité sociale, etc. - aggravation brutale de l'état de santé ou de l'autonomie, poly-pathologies liées à la vieillesse) et avoir un médecin traitant adhérent. Ce dernier critère a été ajouté récemment, sous l'impulsion des directives tutélaires, faisant ainsi du médecin traitant un pivot de la prise en charge coordonnée.

¹³ Pour illustration, circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »

Une fois la personne âgée incluse dans le réseau, un coordonnateur référent prend en charge le dossier et fait une évaluation globale au domicile de la personne. Cette évaluation est nécessaire pour prendre la mesure des besoins médico-sociaux et des ressources gérontologiques à mobiliser pour y répondre. Afin de recueillir le consentement de la personne, il lui est demandé de signer un CIPC (Contrat Individuel de Prise en Charge) qui lui permet de prendre connaissance des interventions prévues pour permettre son maintien à domicile. Une fois que la personne âgée a choisit les intervenants médico-sociaux nécessaires à ses soins, le coordonnateur organise la prise en charge et effectue un suivi régulier.

Les cas de patients complexes font l'objet de diagnostics concertés en CTO (Commission Technique d'Orientation). Les CTO se tiennent tous les derniers jeudis du mois et réunissent les professionnels sanitaires et sociaux concernés par les cas difficiles. S'ajoute à ces intervenants une équipe pluridisciplinaire permanente composée d'un médecin gériatre, d'un médecin psychiatre, d'un représentant d'établissement d'hébergement, d'un représentant de l'habitat, d'une assistante sociale, d'un représentant des associations d'aide à domicile, des coordonnatrices du réseau, d'un représentant des CCAS (Centre Communal d'Actions Sociales), d'un représentant de la MSA (Mutualité Sociale Agricole), de la CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) et du conseil général.

Enfin, la sortie du réseau pour la personne âgée devient effective en cas de décès, de placement durable dans un établissement d'hébergement médicalisé, de transfert du dossier à un autre service ou à un autre réseau de santé, de fin de demande de la personne ou de changement de sa situation l'amenant à ne plus répondre aux critères d'entrée (un déménagement hors de la zone de couverture géographique par exemple). Précisons que les sorties de professionnels sont rares. Aucune radiation n'a été à ce jour effectuée, en dehors des cas de mutations géographiques.

ii. Mode de gestion

Alpha cherche à être suffisamment formel et organisé pour se pérenniser tout en étant informel et souple pour favoriser une coordination adaptée des ressources gérontologiques du territoire. Le réseau s'est construit progressivement en élargissant son périmètre d'intervention au fil des opportunités institutionnelles (les dispositifs CLIC puis les dispositifs réseaux de santé). Les textes institutionnels ont été l'objet de discussions structurantes et ont encouragé l'équipe de coordination à s'interroger sur les missions du réseau. Toutefois, la directrice souligne que si les textes sont intéressants dans les débats qu'ils ouvrent, ils ne précisent pas « comment faire ». « C'est une organisation à créer ». Le cadre de fonctionnement du réseau n'a pas été dicté mais il s'est construit de façon tâtonnante par l'ensemble des acteurs (équipe de coordination élargie). La dynamique de l'équipe apparaît alors essentielle. Les professionnels et usagers rencontrés ont communément souligné et « félicité » la disponibilité et la présence des coordonnateurs qui s'attachent à créer des espaces d'échanges et des temps de rencontres pour encourager le relais entre professionnels.

Les échanges se font à l'occasion de réunions programmées dans la charte de fonctionnement du réseau (assemblées générales, conseils d'administration, CTO, réunions d'équipe, formations, etc.) ou sur un mode plus informel (discussions au sein de l'équipe de coordination, discussions spontanées avec les patients, concertations ponctuelles au cas par cas avec les professionnels, etc.). Le réseau prévoit également des lieux de rencontres qui varient en fonction des situations. Par exemple, les concertations ponctuelles organisées en dehors des CTO se font généralement au cabinet du médecin voir au CCAS mais rarement au siège d'Alpha car cela demande un déplacement de tous les professionnels ; les rencontres avec les professionnels pour les demandes d'adhésion se font dans leur cabinet ou leur service ; les évaluations de patients se font à leur domicile, etc.

Alpha dispose ainsi d'une grande autonomie de mise en œuvre et place le dialogue au cœur de sa politique de gestion. Cette liberté ne le dispense toutefois pas des contraintes tutélaires en matière d'évaluation. Une inquiétude générale a été exprimée par les coordonnateurs sur le renouvellement des financements qui conditionnent l'avenir du réseau. A ce titre, un travail quotidien de suivi des patients pris en charge par le réseau est fourni. Des outils de traçabilité ont été créés par l'équipe de coordination pour assurer une cohérence des soins que le système traditionnel ne peut apporter en l'état. Ces outils prennent des formes variées : un livret d'évaluation de l'état de santé de la personne âgée lui est délivré dès les débuts de sa prise en charge, des fiches de liaison circulent entre les professionnels intervenants dans une prise en charge, une base de données des actions menées sur la personne âgée est tenu à jour par les coordonnateurs, etc. Ces outils n'ont pas pour objectif de contrôler l'activité des professionnels qui restent les seuls juges de leurs prestations mais d'assurer une continuité de la prise en charge en étant réactif aux évolutions de l'état de santé des personnes âgées. Ils ne se

résument pas à être des traceurs de l'information mais ils se présentent comme des supports de discussion entre coordonnateurs, professionnels et bénéficiaires. A ce titre, ils s'apparentent à des objets intermédiaires (OI) favorisant la coordination des acteurs du fait même que ces objets sont pensés en commun et qu'ils offrent la possibilité d'être repensés dans l'interaction (Latour, 1994 ; Vinck, 1999). « L'OI [est] l'occasion de discuter et négocier des savoirs, des enjeux, des rôles qui seront alors incorporés dans cet objet même » (Grenier, 2003, p. 11).

Toutefois, une difficulté a été unanimement soulevée par les coordonnateurs : le manque de retour d'informations que ce soit au niveau des intervenants ou des personnes âgées. Pour pallier à ce problème, un projet d'informatisation du réseau est en cours de discussion. Il permettrait d'avoir un dossier électronique de la prise en charge globale du patient. La différence tiendrait au fait que certaines informations pourraient être saisies directement par les professionnels via Internet alors que jusqu'à maintenant l'information doit être recherchée auprès d'eux par la fiche de liaison pour être ensuite saisie par les coordonnateurs dans la base de donnée du réseau. Cet espace de travail collaboratif sécurisé (similaire à la sécurité des sites de banques en ligne) permettrait aux professionnels d'accéder à de la documentation ciblée, de participer à des forums de discussion, de s'informer sur leurs patients (et non ceux de ses confrères) et d'alimenter les rubriques en ligne.

Le fonctionnement général d'Alpha se fait sur un mode concentrique : au centre du réseau se trouve un noyau de coordination fédérateur qui est entouré d'une succession de cercles périphériques allant des professionnels les plus actifs aux professionnels intervenant de manière plus épisodiques. L'analyse d'Alpha témoigne qu'aucun acteur ne peut considérer, à lui seul, maîtriser la globalité de la chaîne de soins et que la responsabilité de chacun n'est pas clairement tranchée :

- Les coordonnateurs sont indispensables à l'équilibration du réseau (Piaget, 1998), à son orientation stratégique et au maintien du lien social mais ils ne font pas, pour autant, autorité sur les acteurs. Leur neutralité hiérarchique les oblige à ne compter sur leur force de conviction, leur énergie et leur capital de confiance pour ouvrir le dialogue et susciter l'adhésion (Grima, 1999).
- Les bénéficiaires et les professionnels sont nécessaires au fonctionnement du réseau mais leur participation ne peut être contrainte. Ils ont le pouvoir d'adhérer, de participer, de rester et de partir.
- La tutelle est garante de la montée en charge du réseau et de sa pérennité par les enveloppes financières qu'elle octroie mais elle n'a pas retenu la méthode autoritaire en préférant faire « le pari du terrain » (Schweyer, 2005).

Au sein d'Alpha, chaque membre a la capacité d'être pilote sans pouvoir l'imposer de façon permanente aux autres membres. Les échanges sont basés sur la confiance voire la solidarité des adhérents, elle-même renforcée par la proximité géographique. La fonction de pilotage est distribuée entre les acteurs du réseau qui semblent détenir un pouvoir de décision équivalent. Alpha fonctionne ainsi sur un mode de co-pilotage où les décisions considérées comme majeures sont prises collectivement (Couix, 1997). Les Comités de Pilotage élargis ou les concertations sur des cas complexes en sont des manifestations. D'autres décisions sont quant à elles prises individuellement par les acteurs, en cohérence avec les décisions collectives. Il en est ainsi dans l'acte de soins où chaque professionnel décide individuellement de son intervention en fonction de son champ d'expertise. Ce co-pilotage n'exclut pas par ailleurs des « leaderships locaux » sur des portions de chaînes ou dans la conduite de certaines actions collectives (Fabbe-Costes, 2005).

c. Les réseaux de cancérologie

i. Organisation

Il faut rappeler que le cancer est une pathologie de prévalence importante, de caractère lourd et chronique nécessitant la mise en œuvre de multiples techniques médicales¹⁴, cette maladie affectant également la vie « sociale » des patients. Ces constats avaient pu être dressés dès le début du 20^{ème} siècle par le Dr Claudius Régaud, relevant dans un rapport au gouvernement de l'époque : « *la complexité, le caractère social, le prix élevé et la difficulté d'application des moyens de traitement des cancers* » et préconisant alors la création de structures favorisant « *[une] forme collective ou coopérative de thérapeutique...* »¹⁵. Les réseaux de

¹⁴ Les traitements peuvent être assurés par chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie et mettant en œuvre d'importants plateaux techniques (*Imagerie, anatomo-pathologie*)

¹⁵ Ces préconisations ont donné naissance à des structures pluridisciplinaires intégrées (*20 centres de lutte contre le cancer répartis sur le territoire*) dont le statut a été défini par les ordonnances d'octobre 1945

cancérologie apparaissent dans les textes fondateurs de la Sécurité Sociale en 1945¹⁶ avec la définition de réseaux institutionnels relatifs à la lutte contre les fléaux sociaux¹⁷, qualifiés de réseaux sanitaires spécialisés, ils se voient définitivement consacrés par le Plan Cancer en 2003.

Oméga s'est constitué sur la base des enjeux prosaïques de coordination évoqués auparavant, en réponse toutefois à une « prescription » des autorités de tutelle à la fin des années 1990.

La référence à la trajectoire du patient dans le système de soins permet d'éclairer l'organisation mise en œuvre. En effet, la pathologie – en fonction de sa localisation anatomique – peut faire l'objet de traitement par trois types de techniques¹⁸ que sont la chirurgie, la chimiothérapie ou la radiothérapie. En complément à ces dispositifs thérapeutiques, d'autres spécialités médico-techniques sont également mobilisées dans les phases de diagnostic ou de suivi. Aussi, une programmation coordonnée de ces différentes disciplines est-elle essentielle. Celle-ci peut être organisée sur la base de réunions de concertations pluridisciplinaires¹⁹. Ces groupes réunissent des professionnels de spécialités différentes²⁰ qui vont avoir à étudier tout ou partie des dossiers médicaux des patients pris en charge dans le réseau. Ce processus décisionnel collectif a pour objet de préconiser les choix thérapeutiques optimaux et d'anticiper sur les différentes étapes possibles de la prise en charge. Ces réunions constituent le lieu privilégié de la coopération entre professionnels et le socle de l'organisation en réseau.

Le phasage de la prise en charge étant défini, le second axe des déploiements des actions du réseau consiste en l'élaboration de référentiels de pratiques. A ce titre, si des recommandations scientifiques préexistaient, les réseaux ont permis la bonne appropriation ou l'adaptation aux réalités locales de celles-ci. Des « guides de bonnes pratiques professionnelles » ont fait l'objet d'une étude collégiale à partir de supports disponibles élaborés par des sociétés savantes ou d'autres réseaux spécialisés²¹.

Enfin, le partage de l'information constitue également un élément incontournable de la constitution des réseaux de cancérologie. Avant les phases d'expérimentation du DMP (Dossier Médical Personnel), nombre de réseaux de cancérologie ont conçu des modalités d'échange d'informations et de données médicales entre leurs membres du réseau par la constitution de dossiers minimum communs partagés.

Nous pouvons repérer ici une double finalité engendrée par ce que nous qualifierons d'instrumentation générique des réseaux : la production de normes ainsi que la formalisation de la coopération. Ces réseaux trouvent largement ancrage dans la définition des Schémas Régionaux Sanitaire de seconde et de troisième génération. Dans leur volet « cancérologie », les premiers cités ont insisté spécifiquement sur « *la nécessaire pluridisciplinarité des traitements, la garantie à une égalité d'accès à des soins de qualité et l'assurance de la graduation, la coordination et la continuité de soins par la constitution de réseaux de soins* ».

i. Générication du modèle

Ces préconisations ont, depuis, évolué vers une véritable prescription puisque le « Plan cancer » lancé en 2003 prévoit²² la présence d'un réseau de cancérologie dans chaque région et stipule que « *tout patient, quel que soit son lieu de soins doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge en réseau* »²³. A ce stade, les missions de celui-ci sont explicitement de « *coordonner les acteurs, fédérer les réseaux existants, fixer les règles de fonctionnement des unités de concertation pluridisciplinaires, harmoniser les référentiels régionaux, organiser l'évaluation de ses membres, être l'interlocuteur privilégié de ses membres* ». Au plan réglementaire on relève une nouvelle avancée avec l'ancrage de la notion de *réseau régional de cancérologie*, consacré par la circulaire du 22 février 2005²⁴. Les missions génériques de ces réseaux régionaux apparaissent parfaitement prosaïques au regard de la logique d'organisation réticulaire évoquée auparavant. Ils doivent en effet « *assurer la promotion et l'amélioration de la qualité, [celle] des outils communs de communication, l'aide à la formation continue, le*

¹⁶ Instaurant, rappelons-le ici, la séparation entre les dispositifs de prévention et de soins

¹⁷ Alcoolisme, cancer, psychiatrie, toxicomanie...

¹⁸ parfois associées deux à deux ou intégralement mobilisées

¹⁹ Le « Plan Cancer » cité préalablement préconise qu'à terme sur le territoire français, tout patient puisse faire l'objet d'une soumission de son dossier à une unité de ce type

²⁰ Spécialités médicales ou spécialités d'organe

²¹ Réseaux dits d'organes.

²² Mesures 29 à 34 du Plan Cancer

²³ Plan Cancer, mesure 29

²⁴ Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005

recueil et l'analyse des données relatives à l'activité de cancérologie, l'évaluation des membres et des pratiques et enfin l'information des professionnels et des patients »²⁵.

Toutefois, les premières difficultés apparaissent ici avec une structuration des réseaux de cancérologie sur deux niveaux, qui distingue le régional que nous venons d'évoquer et le local, lequel renvoie à la notion de réseau territorial. Si le réseau régional peut être défini au travers de ses missions, le réseau territorial n'est malheureusement pas caractérisable aussi clairement. L'INCa²⁶ y voit des réseaux « inscrits dans un territoire de santé dont la dimension permet d'assurer au patient une prise en charge coordonnée et de proximité ». A ce titre, il ne s'agit pas nécessairement de réseaux de cancérologie et l'on peut y retrouver des réseaux de soins palliatifs, douleur, gérontologie ou hospitalisation à domicile.

Au-delà du paradoxe d'une « hiérarchisation » des réseaux, ce modèle d'organisation pose de nombreuses questions pratiques :

- Au plan identitaire : la plupart des réseaux régionaux correspondent à des réseaux de cancérologie assurant des prises en charge au sens utilisé pour les réseaux territoriaux. Il apparaît délicat d'essaimer la « prise en charge » qu'ils réalisent actuellement au motif qu'elle ne relève pas des missions officielles de ces réseaux régionaux.
- En termes de répartition territoriale : on dénombre en juillet 2006 vingt deux réseaux régionaux. Cet effectif laisse apparaître des régions dépourvues (Picardie) et des régions dotées de plusieurs réseaux (trois en Rhône Alpes²⁷, quatre en PACA en cours de regroupement).
- La restriction de l'accès : le projet en l'état actuel prévoit que les réseaux régionaux fédèrent d'autres réseaux ou des établissements mais pas de participants individuels, lesquels sont « renvoyés » vers les réseaux territoriaux.
- En matière de responsabilité : le réseau régional se voit investi de missions qui peuvent être perçues comme dépassant le simple cadre de l'expertise, telles que l'agrément des RCP (Réunions de Concertations Pluridisciplinaires), la maîtrise d'ouvrage de la mise en œuvre des dossiers communicants en cancérologie, ou encore la coordination de l'évaluation des membres et des pratiques.

Dans l'esprit, le réseau régional peut se concevoir en termes de support ou d'expertise, toutefois nous voyons bien apparaître au travers des questions précédentes le spectre de l'établissement d'une nouvelle strate hiérarchique potentiellement antinomique de la notion même de réseau. Cette volonté pourrait tenir d'une tactique de transfert de responsabilité des organismes de tutelle vers les professionnels eux-mêmes²⁸, mais dans cette hypothèse, il faut noter que le réseau ne dispose pas d'instruments très contraignants sur ses participants.

Au-delà des questionnements en suspens, il faut noter par ailleurs la multiplication des dispositifs de vocations voisines qui interviennent dans des champs dévolus pour partie aux réseaux et qui rendent délicate la compréhension de l'organisation de la prise en charge cancérologique. Pour mémoire, nous évoquerons les notions de pôle de référence et de centre de coordination en cancérologie.

Le réseau est donc présenté comme « la réponse au besoin de coordination des établissements de soins et des médecins de ville »²⁹. Il peut s'agir tant du réseau régional évoqué auparavant que d'un « réseau de soins en cancérologie dans son bassin d'activité » i.e. un réseau territorial. Si ce double niveau de structuration peut s'avérer difficile à appréhender pour les participants, une confusion supplémentaire est liée à l'introduction d'autres dispositifs réglementaires que sont les « pôles régionaux » ou les « centres de coordination en cancérologie » (3C).

- Les pôles régionaux ont vocation à constituer la tête du réseau régional et sont constitués entre les centres de lutte contre le cancer et les CHU et le cas échéant avec d'autres établissements hautement spécialisés dans la discipline. Ils visent à assurer les missions d'enseignement et de recherche et doivent permettre d'organiser les moyens de prise en charge, tout particulièrement en ce qui concerne les plateaux techniques et équipements lourds.
- Les centres de coordination en cancérologie constituent un autre niveau de coordination intra établissement. Il est en effet prévu que chaque établissement effectuant des soins de cancérologie mette en place une organisation chargée d'organiser les réunions de concertation multidisciplinaire, d'assurer la mise en place

²⁵ Ibid.

²⁶ Institut National du Cancer (2006), Projet de cahier des charges national des réseaux régionaux de cancérologie et recommandations en vue de la labellisation

²⁷ Situation qui a conduit à la production de référentiels de pratiques concurrents (IGAS, 2006)

²⁸ Ou également des établissements vers les réseaux

²⁹ Plan cancer – Mesure 29

de programmes personnalisés de soins pour chaque patient traité et de suivre les éléments qualitatifs et quantitatifs de mise en œuvre du plan cancer.

Si nous nous contentons de citer ici les dispositifs « prescrits », il faut rappeler que les professionnels peuvent être également en relation avec des groupes coopératifs ou des sociétés savantes, parfois avec des « réseaux de spécialité »³⁰, lesquels visent à intervenir également à harmoniser les pratiques des professionnels et que s'ajoutent encore à cela les « cancéropôles » régionaux en charge de la recherche de transfert. Aussi est-il patent que ce foisonnement de dispositifs, l'enchevêtrement des missions qui leurs sont dédiées laisse une image de grande confusion aux professionnels, celle-ci étant probablement bien plus grande encore chez les patients.

Sur le plan opérationnel, les déclinaisons sont extrêmement variées et nous retiendrons les modalités d'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaires qui font également apparaître nombre de questions pratiques :

- Tout d'abord, quant aux critères mêmes de la pluridisciplinarité. Définis par l'INCa, certains réseaux les ont révisés ou amendés afin de tenir compte de contraintes locales en termes de disponibilité des professionnels locaux ou pour les adapter aux localisations traitées³¹.
- Le débat n'est pas tranché quant au financement incitatif de ces RCP. On observe des positions bien distinctes entre les réseaux objets de nos recherches. En effet, certains rémunèrent les RCP, au travers de leurs établissements supports³². D'autres rejettent totalement ce principe sans que cela n'altère la participation des professionnels à ces réunions.
- Enfin si l'objectif affiché³³ est de permettre la discussion systématique de tout dossier en RCP, les conditions d'évaluation du fonctionnement de ces réunions sont particulièrement délicates à mettre en œuvre. La notion n'étant pas clairement définie, il est impossible d'estimer avec un minimum de pertinence le nombre de patients réellement pris en charge dans ces conditions.

L'efficacité de ces multiples dispositifs destinés à favoriser la coordination reste difficile à évaluer. A l'inverse, leur multiplication engendre manifestement un défaut de lisibilité pour les professionnels. D'un point de vue général, on peut s'interroger sur la variabilité du périmètre des missions de ces réseaux, lesquels varient au gré des décrets et circulaires...

3. Quelles perspectives ?

Après avoir étudié deux cas exemplaires représentatifs de deux logiques distinctes, l'une territoriale reposant sur une structuration par le « bas » et l'autre régionale reposant sur une structuration par le « haut », nous nous interrogeons sur les perspectives de cette nouvelle forme organisationnelle des soins, et ce plus spécifiquement à deux niveaux : au niveau des ressources dédiées et au niveau du management approprié.

a. Des ressources limitées

Comme nous avons pu l'évoquer brièvement, le développement des réseaux de santé français a pu faire l'objet d'une reconnaissance institutionnelle rapide. Si la fin des années quatre-vingt dix fut celle de l'essor des réseaux, il peut nous apparaître que ceux-ci ont connu leur âge d'or entre 2002 et 2005 (Poutout, 2007). Cette phase voit en effet, à la fois la définition d'un statut unifié des réseaux de santé, mais aussi le développement de leurs sources de financement. Toutefois, les modalités de financement des réseaux restent encore composites, et généralement non pérennes. Les principales sources de financement dont ont pu bénéficier les réseaux ont été le FAQSV et la DNDR (Dotation Nationale³⁴ de Développement des Réseaux). Pour mémoire, ces enveloppes avaient financé en 2004 respectivement cent cinquante sept réseaux pour le FAQSV et trois cent vingt quatre pour la DDR, plus de la moitié des ressources allouées se concentrant sur les cinq thématiques suivantes : cancer, diabète, gérontologie, soins palliatifs et douleur et périnatalité.

³⁰ Réseaux de professionnels intervenant par exemple en pneumologie, urologie, digestif... et qui produisent également des référentiels de pratiques

³¹ Certaines tumeurs rares n'appellent pas nécessairement la même exigence multidisciplinaire

³² Situation qui pose ensuite la question d'une possible réallocation interne vers les praticiens participants

³³ Mesure 31 du Plan Cancer

³⁴ Déclinée au niveau régional en DRDR

Dans ce contexte, l'année 2006 est marquée par la publication d'un rapport de l'IGAS portant sur « *l'évaluation et le contrôle du FAQSV et de la DDR* »³⁵. La portée de ce document sera quelque peu dévoyée dans la mesure où l'opinion retiendra « *un bilan plus que décevant* »³⁶ pour les réseaux de santé, lecture très extensive de son contenu qui mettait essentiellement en cause « *les mécanismes institutionnels de financement et d'accompagnement [...] jugés peu opérants, voire contre productifs* » (Poutout, 2007). Toutefois, en écho, les deux enveloppes citées précédemment seront fusionnées³⁷ pour consacrer désormais la notion unique de FICQS pour environ 350 millions d'euros. Cette globalisation du financement est réputée répondre à des objectifs très hétérogènes sériés autour de six thèmes : financements expérimentaux (ex FAQSV), réseaux de santé, permanence des soins, aide à l'installation des médecins de ville, exercice pluridisciplinaire et dossier médical partagé.

Si les dotations spécifiques des réseaux ont répondu aux attentes exprimées par les promoteurs à la fin des années quatre-vingt dix, un regard sur le poids relatif de ces financements au sein des dépenses de santé nous confirme la modestie de l'investissement. On retiendra que l'impulsion donnée par les deux enveloppes FAQSV et DDR ne représentent que 0,13% des dépenses de santé 2004. Nous pouvons probablement imaginer que les coûts nécessaires à la coordination de notre organisation sanitaire se situent à un niveau notablement supérieur à cette valorisation si l'on voulait y intégrer les charges supportées par les établissements eux-mêmes : la participation aux activités des réseaux relève dans la grande majorité des cas du bénévolat, les apports « en nature » des participants n'étant quasiment jamais pris en charge³⁸.

D'autre part, le caractère non pérenne de ces dotations génère des difficultés dans le management opérationnel des réseaux. Nous l'avons vu auparavant, une large part de leurs ressources est consacrée à la rémunération des équipes de coordination et l'on voit bien les questions qui se posent en matière de recrutement de collaborateurs auxquels il n'est pas possible d'afficher de perspectives supérieures à deux ans. Force est ainsi de constater que ces éléments ne militent guère pour l'émergence de cette nouvelle fonction de coordonnateur. Dans ce cadre, il faut également noter que les procédures d'agrément des subventions et leur versement induisent des délais de traitement souvent supérieurs à six mois³⁹, obérant ainsi grandement les possibles capacités d'initiative, ou contraignant les acteurs à faire des avances de fonds aux retours incertains.

Au-delà de ces lourdeurs liées plus spécifiquement à la coordination, nous pouvons également insister sur un dispositif général de l'offre de soins relativement peu incitatif pour les professionnels à participer aux activités des réseaux.

- L'offre de soins est financée essentiellement à partir d'une déclinaison de l'ONDAM en enveloppes⁴⁰, relatives respectivement aux soins de ville et aux établissements. Le secteur ambulatoire est caractérisé par un paiement à l'acte et reste d'un accès très ouvert, la réforme récente du « médecin traitant » et du parcours de soins visent à juguler le nomadisme médical mais restent très modérément coercitives.
- Les établissements de soins sont soumis depuis 2004 au principe d'une tarification à l'activité. Celle-ci finance intégralement l'activité des établissements privés et fait l'objet d'une introduction progressive dans les établissements publics et PSPH⁴¹ avec un objectif de 100%⁴² de financement des séjours au plus tard en 2011.

On note bien que dans les deux cas, même si la prise en charge est réalisée dans le cadre d'un réseau, c'est l'activité réalisée « en propre » par le professionnel ou l'établissement qui se voit rémunérée.

Dans ce cadre globalement peu incitatif, un principe de la tarification à l'activité permet toutefois d'envisager le financement d'actions liées à l'organisation réticulaire. La T2A prévoit en effet une possible prise en charge de missions d'intérêt général⁴³ réalisées par les établissements. Le dispositif conduit les établissements à produire un retraitements comptable à la tutelle, lequel prévoit d'identifier explicitement les charges liées aux réseaux inter-hospitaliers, aux réseaux ville-hôpital ou encore par exemple les centres de coordination des soins en cancérologie. Toutefois, la déclaration des charges associées à ces activités ne garantit en aucune façon leur financement par les tutelles et, il est probable que le transfert de ces éventuelles lignes de crédit soit envisagé

³⁵ Inspection Générale des Affaires Sociales (2006), *Contrôle du FAQSV et de la DDR*, rapport, 78 p.

³⁶ Le Monde, édition du 18 mai 2006

³⁷ Décret 2007-973 du 15 mai 2007

³⁸ Ou à titre expérimental : cas de certaines réunions de concertation pluridisciplinaires

³⁹ Déclarés entre 2,25 et 9,5 mois dans le cadre du rapport IGAS « contrôle du FAQSV et de la DDR » fév. 2006

⁴⁰ L'Objectif Quantifié des Dépenses d'Assurance Maladie était décliné jusqu'en 2002 en quatre enveloppes budgétaires : dépenses hospitalières (hôpitaux publics et PSPH), OQN (établissement privés lucratifs), soins de ville et enfin médico-social. La dotation des réseaux constitue depuis la « cinquième enveloppe »

⁴¹ Participant au Service Public Hospitalier : de statut juridique privé mais soumis aux règles de financement des établissements publics

⁴² De la partie du budget soumise à l'activité

⁴³ Les MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) recouvrent les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation ainsi que des mesures contractuelles spécifiques

vers la dotation des réseaux. Au-delà de cette incertitude, le périmètre de ces activités variant d'années en années, nous retiendrons également le manque de lisibilité du dispositif, tant pour les professionnels que pour les tutelles.

b. Un nécessaire arbitrage

La mise en perspective des réseaux de gérontologie et des réseaux de cancérologie suggèrent la pluralité des modes de structuration et de fonctionnement des réseaux de santé en France.

Les réseaux de gérontologie qui représentent une forme d'organisation réticulaire initiée par le « bas » affichent une tendance vers un modèle organique rappelant le fonctionnement des éco-systèmes (Assens, 1996 ; Avenier, 1997 ; Morgan, 1999). Au sein d'Alpha, l'équipe de coordination, pas plus que les financeurs, n'a de légitimité à se comporter comme le méta-pilote de l'ensemble des acteurs interconnectés dans le réseau de santé. Il est important de souligner que les acteurs participent par adhésion volontaire au fonctionnement du réseau et en sortent par voie de fait tout aussi librement. Le parallèle avec les processus d'éco-organisation met l'accent sur le caractère labile et polymorphe des réseaux territoriaux qui évoluent dans des contextes mouvants, où les acteurs vont et viennent, où les financements sont toujours provisoires et où la projection dans le temps est incertaine. Cette instabilité est essentielle à la modularité des chaînes de soins en fonction des cas individualisés de personnes incluses dans le réseau. Elle ne peut toutefois à elle seule assurer la survie du réseau qui est dans la nécessité de trouver une forme de stabilité pour structurer les échanges et organiser de façon appropriée les prises en charge. La formalisation de l'organisation est alors déterminante pour positionner clairement le réseau dans l'offre de soins et permettre le fonctionnement d'acteurs pluridisciplinaires, aux logiques d'actions différentes, qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble et qui pourtant sont amenés à se coordonner pour mieux soigner.

Les réseaux de cancérologie s'inscrivent dans cette voie et se posent, à une autre extrémité, comme des modèles organisationnels structurés, affichant une orientation vers un fonctionnement quasi-hiérarchique. Ces réseaux initiés par le « haut », au rayonnement régional, se montrent plus stables, sous le contrôle d'un ou plusieurs pilotes identifiés et supervisés par des standards organisationnels et des protocoles de soins. Cette bureaucratisation questionne sur une « *possible dérive hiérarchique avec la perte éventuelle des présupposés de souplesse et d'adaptabilité des formes réticulaires* » (Bonafini, 2007, p. 35). Le sens commun, mais aussi les théories des organisations, prêtent aux réseaux une capacité de régulation propre, résultant plus d'ajustement locaux que de relations verticales (Pesqueux, 2002). Nous voyons que ces présupposés de plasticité, de changement permanent et d'innovation organisationnelle continue seraient ici largement remis en cause par la rigidité d'un modèle davantage imposé que suggéré. En cela, il est clair que les réseaux de cancérologie reposent sur un mode d'organisation descendant qui contraste avec les réseaux territoriaux ayant une histoire proche des premiers réseaux sida qui ont nourri les références mythiques des réseaux de santé.

Les expériences de réseaux se montrent ainsi plus ou moins réussies au sens du mythe originel. L'étude des réseaux de gérontologie et de cancérologie invite à imaginer un continuum borné par deux archétypes de réseaux, l'un souple et dynamique, l'autre stable et statique. Aucun des deux extrêmes ne semblent répondre à lui seul aux exigences mythiques d'une prise en charge coordonnée et centrée sur le patient. En effet, les expériences durables de réseaux exclusivement informels qui reposent sur les seules affinités d'acteurs sont d'une part relativement rares et d'autre part fragiles dans la mesure où elles dépendent des personnalités en présence. Ces réseaux sont fortement menacés par la précarité et sont le plus souvent éphémères (Grémy, 1997). A l'autre extrémité, les réseaux uniquement formels génèrent de la bureaucratie et limitent considérablement les possibilités de coordination et d'agencements modulables en fonction des besoins de santé qui sont pourtant la raison d'être des réseaux de santé.

Dans cette représentation, « *chacun des pôles a raison à 50 % mais il a tort à 100 % s'il refuse le type de conflit-coopération avec l'autre pôle* » (Bernard-Weil, 2000, p. 17). L'organisation en réseau est probablement une réponse cohérente et innovante pour répondre aux défis de l'évolution de notre organisation sanitaire, mais il n'en reste pas moins que leur développement et leur pérennité sont conditionnés par une dialectique permanente entre stabilité et instabilité. Les réseaux de santé sont ainsi soumis à la fois à une *force d'inertie*, indispensable à la mise en ordre de la variété et à la fois à une *force de mouvement*, nécessaire à la modularité des processus de soins. Pour mettre en musique l'offre de soins perçue comme trop segmentée, il paraît essentiel que ces deux forces interagissent dans une perspective structurante pour l'action et restructurée par elle (Giddens, 1993). Précisons que la notion d'inertie, telle que nous l'évoquons ici, n'est pas connotée négativement mais relève du

domaine de la physique. A ce titre, l'inertie du réseau n'est pas l'immobilisme mais représente un état de repos ou de mouvement uniforme. Plus précisément, les chaînes de soins constitutives des réseaux de santé persévéreront en l'état à moins qu'une force n'agisse sur elles et ne les contraignent alors à changer d'état. Cette force de mouvement peut être le fait d'une nouvelle situation de soins, d'une complexification d'un cas de patient, de l'entrée dans le réseau de nouveaux acteurs, d'une nouvelle réforme, d'une restructuration de l'équipe de coordination, etc. Le mouvement va amener les chaînes de soins à se moduler différemment en puisant les ressources adaptées et disponibles, jusqu'à créer un nouvel état d'inertie. Dans l'interaction, inertie et mouvement s'auto-entretiennent de telle sorte que l'organisation en réseau n'est jamais achevée (Morin, 1977 ; Giddens, 1993).

CONCLUSION

« Une nouvelle divinité s'installe [...] : partout la figure du réseau s'impose pour réenchanter la vie quotidienne et réinterpréter le monde contemporain » (Musso, 2003, p. 5). Le secteur de la santé n'échappe pas à cet émerveillement avec l'avènement des réseaux de santé envisagés comme une réponse organisationnelle « évidente » pour répondre aux insatisfactions du système de soins. Leur empreinte mythique, la multiplication des réformes et leur développement continu attestent de l'ascension de la forme réticulaire dans le paysage sanitaire et social français. Pourtant, une étude approfondie des réseaux de santé laissent dans le même temps percevoir leurs difficultés de fonctionnement en composant avec des ressources insuffisantes pour satisfaire les ambitions affichées et un mode d'organisation oscillant entre statisme et dynamisme à la recherche d'un équilibre souvent difficile à trouver. Ainsi, « le réseau de santé idéal est suffisamment informel pour entretenir une dynamique relationnelle et une forme de créativité tout en étant formalisé » (Schweyer & alii, 2003) et l'on voit bien la difficulté à déterminer le niveau de cet équilibre instable, a fortiori dans un contexte réglementaire de forte incitation à la structuration.

La pérennité des réseaux passera par une nécessaire clarification de leurs missions et de leur positionnement dans l'organisation sanitaire de notre pays. Pour l'heure, nos autorités de tutelle semblent renoncer à reconnaître à ces formes trop « ectoplasmes » au sens institutionnel une capacité à se substituer aux modalités de prise en charge conventionnelles et les cantonnent à un rôle interstitiel. L'actualité récente laisse même déjà entrevoir la promotion de nouvelles structures de coopération au travers du projet de Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé & Territoires) avec les notions de Communautés Hospitalières de Territoire et des formes de Groupement de Coopération Sanitaire d'activité de soins.

Ces perspectives nous semblent doublement préoccupantes :

- D'une part, dans la mesure où elles risquent d'annihiler la dynamique des réseaux existants en minorant leur rôle en la matière au profit d'autres formes plus structurées ;
- D'autre part, car elles laissent présager d'une multiplication des dispositifs de coordination qui – bien qu'ils aient vocation à favoriser la circulation des ressources au sein du système sanitaire – risquent fort de le rigidifier davantage encore...

Bibliographie

- Ansart P.** (1990), *Les sociologies contemporaines*, Paris, Seuil.
- Assens C.** (1996), « Du modèle bureaucratique au modèle organique : l'organisation en réseau », *Flux*, janvier-mars, n° 23, p. 38-42.
- Avenier M.J.** (s/d) (1997), *La stratégie « chemin faisant »*, Paris, Economica.
- Barre S., Evin C., Foure P.Y., Houdart L., Larose D., Poutout G., Ptakhine E.** (2005), *Traité pratique des réseaux de santé*, Berger Levrault, 454 p.
- Bercot R. et De Coninck F.** (2002), *Réseaux de santé, nouvelles professionnalités, nouvelles relations de service*, Rapport pour la DREES, Paris.
- Bernard Weil, E.** (2000), « Reconsidérer la nature de la violence et les objectifs de son contrôle grâce à la science des systèmes ago-antagonistes », *Colloque La violence : du biologique au social*, Andé, 18-19 mai 2000.
- Bonafini P.** (2007), « Structuration des réseaux de santé français : l'exemple de la cancérologie », *Management et Sciences Sociales*, n° 3, p. 35-56.
- Brémont M., Bourgueil Y., Lombrail P., Naiditch M.** (1997), « Des actions de terrain aux politiques de santé. Vers de nouvelles pratiques », *revue ADSP*, n° 20, p. 16-18.
- Bruyère C.** (2007), La gestion paradoxale des réseaux de santé : vers une régulation ago-antagoniste « réseau – hiérarchie », *Management et sciences sociales*, n°3 Management de la santé, nouvelles perspectives, p. 57-82
- Bruyère C.** (2008), La construction de savoirs d'action entre réseau et hiérarchie : le cas des réseaux de santé, chapitre 7 dans Lecoutre M., Lièvre P., *Management et réseaux sociaux*, Hermès Lavoisier, 391 p.
- Claveranne J.P. et Pascal C.** (2001), « Complémentarité et réseaux. De la métaphore à la pratique », *Journal d'Economie Médicale*, vol.19, n° 5-6, p.331-348.
- Coux N.** (1997), « Le co-pilotage de projets co-conçus dans un contexte de gestion de l'espace en milieu rural », Dans Avenier M.J. (s/d), *La stratégie « chemin faisant »*, Paris, Economica, p. 299-324.
- David A.** (2003), « Etudes de cas et généralisation scientifique en sciences de gestion », *Revue Sciences de Gestion*, n° 39, p.139-166.
- Evrard Y., Pras B., Roux E., Choffray J., Dussaix A., Claessens M.** (1997), *Etudes et recherches en marketing : fondements, méthodes*, 2^{ème} édition, Paris, Nathan.
- Fabbe-Costes N.** (2005), « La gestion dynamique des supply chains des entreprises virtuelles », *Revue Française de Gestion*, vol. 31, n° 156, p. 151-166.
- Giddens A.** (1993), « Une théorie critique de la modernité avancée », Dans Audet M. et Bouchikhi H. (s/d), *Structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux d'Anthony Giddens*, Presses de l'Université de Laval, p. 29-54.
- Giordano Y.** (s/d) (2003a), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Paris, Editions Management et Société.
- Giroux N.** (2003), « L'étude de cas », Dans Giordano Y. (s/d), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Paris, Editions Management et Société, p. 41- 84.
- Grémy F.** (1997), « Filières et réseaux. Vers l'organisation et la coordination du système de soins », *Gestions Hospitalières*, n° 367, p.433-438.
- Grenier C.** (2003), « Rôle de l'Objet Intermédiaire pour mieux comprendre la structuration d'un réseau organisationnel et technologique d'acteurs. Cas d'un réseau de soin », 9^{ème} colloque de l'AIM (*Association Information et Management*), Grenoble, France.
- Grima F.** (1999), « La mise en œuvre de la coopération inter-firme : le rôle clé des acteurs réticulaires », Dans Froehlicher T. et Vendemini S. (s/d), *Connivences d'acteurs, contrats, coopérations inter-entreprises et métamorphose des organisations*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.
- Halpern C.** (2005), « La santé à la poursuite d'une utopie », *Sciences Humaines Hors Série*, mars-avril-mai, n°48, p.6-9.
- Huard P.** (2005), Revisiter l'organisation du système de santé, *Journal d'Economie Médicale*, vol.23, n° 7-8, p. 457-467
- Jacob F.** (1981), *Le jeu des possibles*, Paris, Fayard.
- Mayran F.** (2005), « Conférence introductive », *Journées régionales inter réseaux de Meze*, Fédération des réseaux de santé du Languedoc Roussillon, France.
- Morgan G.** (1999), *Images de l'organisation*, Canada, De Boeck Université.
- Morin E.** (1977), *La Méthode*, Tome 1, Paris, Seuil.
- Paché G. et Spalanzani A.** (s/d) (2007), *La gestion des chaînes logistiques multi-acteurs : perspectives stratégiques*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- Pesqueux Y.** (2002), *Organisations : modèles et représentations*, PUF, 396 p
- Piaget J.** (1998), *La psychologie de l'intelligence*, 2^{ème} édition, Paris, Armand Colin.

- Poutout G. (2007)**, Réseaux de santé – 2002-2006 : de la consécration aux incompréhensions, *Gestions Hospitalières*, juillet-août, n° 517, p. 46-50.
- Schweyer F.X. (2005)**, « Offres de soins et santé publique : tensions et convergences », *Journées de La Santé Publique*, Rennes, p. 51-56.
- Schweyer F.X., Levasseur G., Pawlikowska T. (2002)**. *Créer et piloter un réseau de santé*. Ille et Vilaine, Les éditions ENSP.
- Sfez L. (1995)**, *La Santé Parfaite*, Paris, Seuil.
- Sfez L. (2005)**, « Une nouvelle idée du sacré : le désir de Santé Parfaite », *Revista Famecos*, n°27.
- Yin R.K. (2003)**, *Case Study research. Design and Methods*, 3^{ème} édition, Sage Publications.

Annexe : le développement des réseaux en France

Dates	Evolution sur le terrain	Evolution des institutions	Evolution « économique »
1914	Lutte contre la tuberculose	Organisation du dispositif autour des dispensaires	
1945		Texte fondateur de la Sécurité Sociale Réseaux sanitaires spécialisés	Séparation sanitaire/social
1970	Multiplication des centres de santé	Loi hospitalière : médecins hospitaliers plein temps	
1975	Développement de la médecine de groupe	Conventionnement médecins libéraux	
1980	Naissance des premiers réseaux	Rapport Cabanel : création des ORS	
1983		Budget global pour les EPS Réseaux de soins coordonnés	Réflexion sur un <i>managed care</i> à la française : la santé, marché concurrentiel
1991	Expérience de Lubersac Multiplication des réseaux ville-hôpital, gérontologiques, précarité...	Loi hospitalière : l'hôpital colle au terrain <i>Circulaires réseaux (VIH...)</i> Décrets centre de santé Réseau national de santé publique	
1996	Explosion des réseaux de tous types Réseaux et filières de soins	<u>Ordonnance 96-346</u> > Réseaux agréés ARH	<u>Ordonnance 96-345</u> > Comité « Soubie »
1999	Grande hétérogénéité des situations	Volonté d'harmonisation des cahiers des charges des demandes de financement	Création FAQSV (<i>Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville</i>)
2002	Concentration sur réseaux thématiques (périnatalité, diabète, cancérologie, gérontologie, soins palliatifs & douleur) Structuration juridique	<u>Loi du 4 mars 2002</u> > Définition unique : des <i>réseaux de soins aux réseaux de santé</i>	Création DNDR (<i>Dotation Nationale de Développement des Réseaux</i>)
2003	Prescription en cancérologie Lien / SROS 2 & 3 : périnatalité & cancérologie	Plan HOPITAL 2007 Plan Cancer	
2004	Rénovation du financement des établissements de soins	Réforme de la gouvernance de l'hôpital	Tarifification à l'activité (T2A)
2005	Double niveau de structuration : une hiérarchie réticulaire ?	<u>Circulaire du 22 février 2005</u> > Réseaux régionaux de cancérologie	
2006	Interrogations quant à l'efficacité/efficience des réseaux	Rapport IGAS	Contrôle du FAQSV et de la DDR
2007	Orientations des réseaux de santé	<u>Circulaire du 2 mars 2007</u> > orientations de la DHOS & de la CNAMTS en matière de réseaux de santé	Création FIQCS (<i>Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins</i>)
2008...	« Essoufflement » des professionnels, manque de visibilité	<u>Projet de loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires)</u> Création des Agences Régionales de Santé	Evolution des modalités de coopérations inter établissements ?

Adapté (complété) de : P. Larcher (2001)