HAL
open science

Les réseaux de santé français

Christelle Bruyère

To cite this version:

Christelle Bruyère. Les réseaux de santé français. Management international = International management = Gestión internacional, 2008, 13 (1), pp.75. halshs-00519689

HAL Id: halshs-00519689

https://shs.hal.science/halshs-00519689v1

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.

Les réseaux de santé français : vers un arbitrage des contraires

Christelle BRUYERE
Doctorante ATER
CRET-LOG
Université Aix-Marseille II

24 rue de la Richelandière
42100 SAINT ETIENNE
04 77 30 91 81
christelle.bruyere@univ-st-etienne.fr

Résumé :

Les systèmes de soins des pays développés doivent faire face à une demande de santé qui a évolué. Les réseaux de santé apparaissent comme une réponse organisationnelle pour mieux répondre à cette demande. Nous nous centrons dans cet article sur les réseaux de santé français qui sont le terrain de nouvelles formes d'actions collectives à inventer pour favoriser une prise en charge globale des usagers. Ils se montrent aujourd'hui simultanément en plein essor et en prise à des inquiétudes sur leur mode de fonctionnement que nous étudions dans une perspective managériale.

Mots clés :

Réseau de santé – action collective – complexité – paradoxe.

Les systèmes de soins des pays développés doivent faire face à une demande de santé qui a évolué, lançant ainsi de nouveaux défis à relever. La croissance continue des maladies chroniques, entre autres le cancer, le diabète, l'asthme et les maladies mentales, modifient considérablement les conditions d'accès aux soins. Les pathologies chroniques nécessitent, pour être soignées, l'intervention de plusieurs spécialités complémentaires dans le temps, et ce de plus en plus souvent en dehors des murs de l'hôpital. La chronicité des maladies est par ailleurs accentuée par le vieillissement de la population : l'allongement de la durée de vie augmente la probabilité de développer des maladies chroniques et la meilleure prise en charge des maladies chroniques allonge la durée de vie. Nous constatons également une évolution de la conception même de la santé qui aujourd'hui ne se résume pas uniquement au traitement de la maladie mais renvoie plus largement à un état de bien être complet, médical, psychologique et social. L'évolution des besoins de santé soulèvent ainsi des problématiques nouvelles en termes d'accès aux soins (aussi bien géographiques qu'économiques), de prise en charge de la dépendance et de la douleur et en termes de qualité de vie. Une équation cherche alors à être unanimement résolue par les systèmes de soins des pays développés : comment allier une meilleure prise en compte de la demande de santé tout en rationalisant l'offre de soins ?

Si favoriser une coordination des soins plus performante est une réponse commune, elle n'est toutefois pas appréhendée de la même façon selon les pays (Duriez, 1998 ; Trépeau, 2004). Quand les systèmes de santé britanniques et américains encouragent le développement de réseaux de soins sur le registre concurrentiel, le système de santé français envisage la progression des réseaux sur le registre expérimental, au moyen de nombreuses initiatives locales, d'investissements personnels et de convictions partagées (Schweyer et *al.*, 2002 ; Schweyer, 2005). C'est sur ces derniers que nos travaux de recherche se concentrent.

En constante progression, les réseaux de santé se développent en France depuis une vingtaine d'années. Près de six cents réseaux financés sont recensés à ce jour. Ils ciblent des pathologies lourdes et chroniques ainsi que des populations complexes (personnes âgées, personnes en fin de vie, adolescents en difficulté, etc.) qui nécessitent une coordination de soins pluridisciplinaires.

Le développement des réseaux de santé et l'enthousiasme qu'ils suscitent ne doivent toutefois pas occulter leurs difficultés de fonctionnement. Les pratiques territoriales foisonnent mais la visibilité est faible. De nombreuses énergies locales sont déployées mais les plus values effectives se font attendre. Les financements existent mais ils semblent insuffisants pour satisfaire les ambitions affichées. Les acteurs sont nombreux mais ils sont dispersés. Autrement dit, les réseaux de santé français sont simultanément en plein essor et en prise à des inquiétudes sur leur fonctionnement et leur mode de gestion qui sont par ailleurs méconnus. Comment ces organisations hybrides arrivent-elles à coordonner, autour d'un même besoin de santé, des acteurs pluriels provenant des milieux médico-socio-psychologiques, afin de produire une prise en charge globale ?

C'est ici le management stratégique des réseaux de santé français qui nous intéresse en cherchant à comprendre les mécanismes sous jacents à ces organisations hybrides afin de soutenir leur fonctionnement. Dans cette perspective de recherche, nous commencerons par préciser ce qu'est un réseau de santé dans la représentation française. Nous soulèverons ensuite toute la complexité de ce mode d'organisation des soins et nous présenterons la méthodologie suivie pour étudier leur fonctionnement. Enfin, nous exposerons nos principaux résultats d'analyse qui suggéreront la nécessité de recourir à un arbitrage permanent des contraires pour faire face aux tensions managériales inhérentes à cette nouvelle forme organisationnelle des soins.

1ère partie : le développement des réseaux de santé français

Avant de s'intéresser au management des réseaux de santé, encore faut-il savoir ce que sont les réseaux de santé dans la représentation française. Leur histoire est à ce sujet éloquente. Ainsi, pour caractériser ce nouveau mode d'organisation des soins, nous revenons tout d'abord sur leur origine, puis nous procéderons à une mise en perspective internationale afin de mettre à jour les spécificités françaises.

L'histoire des réseaux de santé français

Avant les années 1980, les expériences de réseaux de santé français ont vu le jour pour faire face à des urgences de santé publique, que ce soit lors de la première guerre mondiale pour lutter contre les risques de contamination de la tuberculose ou au sortir de la seconde guerre mondiale pour prendre en charge les fléaux médico-sociaux de l'époque (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, etc.). Jusque là, les expériences de coordination des soins étaient limitées et ne se sont pas pérennisées (Vinas, 1998).

Les années 1980 ont représenté un véritable tournant dans l'histoire des réseaux de santé. Ces années furent marquées par la crise économique d'une part et par les premiers cas de sida diagnostiqués en France d'autre part. La rapide diffusion de cette maladie a mis en évidence les lacunes du système de soins, en termes de coordination et de prévention. *« L'infection par le VIH […] doit mobiliser plusieurs catégories de praticiens : la coopération entre la médecine de ville et l'hôpital est incontournable puisque ni l'une ni l'autre ne peuvent répondre isolément de manière satisfaisante aux besoins des patients. De plus, […] outre la nécessité d'un soutien psychologique et affectif, s'impose également celle de disposer d'aides pour effectuer les actes de la vie quotidienne »* (Schweyer et *al.*, 2002, p. 11).

Les réseaux de santé se sont alors construits autour de la conviction des acteurs de la santé qu'il semblait impossible d'aboutir à une solution seul face au problème commun soulevé. De nombreux réseaux spontanés reposant sur le bénévolat des professionnels de santé se sont formés et ont par la suite été soutenus par l'Etat qui a multiplié les réformes pour encourager leur développement et soutenir leur fonctionnement en prévoyant des enveloppes financières spécifiques. Les réseaux de santé, dont l'histoire est fortement marquée par le sida, se sont ainsi progressivement ouverts à d'autres pathologies lourdes et chroniques et à des populations en difficultés médico-sociales dont les besoins de santé, pour être satisfaits, ne peuvent se résumer au seul domaine médical et exigent une pluridisciplinarité et un suivi de la prise en charge sur le long terme.

Ainsi, avec les réseaux de santé, une nouvelle direction stratégique est donnée en visant un rapprochement des problématiques médico-sociales pour apporter une réponse concertée au problème de santé des usagers. La coordination des acteurs de la santé se fait dans une recherche d'efficacité pour offrir une meilleure prise en charge des besoins de santé et dans une recherche d'efficience pour avoir une meilleure utilisation des ressources existantes. Précisons que l'efficience passe notamment par une réduction des séjours hospitaliers en faveur des soins à domicile. L'intervention dans le cadre d'un réseau coûte *a priori* moins cher que dans un cadre hospitalier où les structures sont d'une part coûteuses et d'autre part parfois surdimensionnées pour les soins à dispenser (Bercot et De Conninck, 2006). Les réseaux de santé sont ainsi un relais entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Une mise en perspective internationale

Mettons à présent en perspective les réseaux de santé français avec les expériences britanniques et américaines afin de souligner la particularité française.

Les réseaux de soins britanniques ont été introduits dans les années 1990 sous l'effet d'un changement politique favorisant des mécanismes de type marché qui ont radicalement changé les rapports entre hôpitaux, médecins et patients (Thayer et Tonneau, 2000 ; Addicott et *al.*, 2006). Les hôpitaux ont été mis en concurrence et n'ont plus été assurés d'aucune ressource. Les directeurs d'hôpitaux sont devenus de véritables chefs d'entreprises. Les médecins se sont regroupés en cabinet de groupe pour rationaliser l'utilisation de leurs moyens techniques et négocier des contrats avec les hôpitaux pour le traitement de leurs malades. Aujourd'hui, le médecin généraliste peut mettre les hôpitaux en concurrence en termes de délais, de coûts, de prestations, de qualités des soins, etc. Les réseaux de soins britanniques s'inscrivent dans une démarche d'ordre micro-économique reposant sur des relations contractuelles entre des prestataires de soins et des services de santé qui sont mis en concurrence.

La politique de santé américaine présente une forte proximité avec le système de soins britannique. La moitié de la population des Etats-Unis est couverte par un organisme de Managed Care (Delande, 1999). Il s'agit d'un système intégrant le financement et la délivrance des soins médicaux à travers des contrats passés avec les médecins et les hôpitaux. Ce sont des réseaux de soins alternatifs à la médecine libérale avec le paiement à l'acte. Pour bénéficier des soins proposés par le réseau, il est nécessaire d'adhérer par le biais d'une cotisation financière annuelle. Les Health Maintenance Organisations (HMO) constituent la forme la plus ancienne de Managed Care. Dans une HMO, le patient volontaire s'engage à ne consulter que les médecins de l'organisation à laquelle il adhère. Le producteur de soins est en même temps assureur et prend donc à sa charge les dépenses de santé de ses adhérents. La politique américaine est de permettre de baisser les coûts de santé tout en augmentant la qualité des soins par une compétition entre des réseaux de soins organisés par des assureurs.

Contrairement à ces deux modèles de soins, la politique de santé française ne s'inscrit pas dans une logique de marché. La question de la rationalisation des soins y est traitée différemment dans une société historiquement fondée sur des valeurs de charité et de solidarité (Bartoli, 2005). La réponse apportée n'est pas celle d'un glissement d'un mode de coordination hiérarchique vers un mode de coordination par le marché mais elle emprunte plutôt la voie d'une coordination par les réseaux reposant sur l'interdépendance mutuelle, la confiance, l'autonomie, la communication, la connaissance commune, etc. (Legrain et Verhoest, 2004).

Les réseaux de santé français émanent soit de projets institutionnels (réseaux commandés par l'Etat) soit de projets professionnels (réseaux impulsés par des professionnels locaux ayant repérés un besoin de santé sur leur territoire). Les réseaux de santé ne cherchent pas à créer une offre de soins concurrente au mode de prise en charge traditionnel mais ils puisent dans les ressources existantes qu'ils mettent en lien pour satisfaire le besoin de santé identifié (Bercot et De Conninck, 2006). Ils répondent davantage à une logique d'organisation qu'à une configuration organisationnelle type (Louart, 1996 ; Offner, 1996 ; Kalika et *al.*, 2000 ; Claveranne et Pascal, 2001 ; Desreumaux, 2001 ; Assens, 2003 ; Josserand, 2007 ; Paché et Spalanzani, 2007). Ils sont composés d'acteurs individuels et institutionnels hétérogènes qui sont amenés à travailler ensemble dans une logique de complémentarité des compétences, chacun apportant son expertise pour apporter une réponse collective au problème de santé donné. Un réseau gérontologique peut ainsi être composé de médecins généralistes, de

gériatres, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, d'hôpitaux, de maisons de retraites, d'aides ménagères, d'aides à domicile, d'associations, de diététiciens, de psychologues, etc. Ces acteurs, dont la participation est volontaire, forment des chaînes de soins modulables en fonction des besoins de santé et des projets menés (formation professionnelle, action de prévention auprès du grand public, etc.). La visibilité et la connaissance des acteurs en présence sur le territoire sont alors des pré-requis indispensables pour un agencement approprié des chaînes d'acteurs en fonction des situations de soins. A ce titre, les coordonnateurs de réseaux interviennent comme des facilitateurs de liens en jouant le rôle d'acteurs tiers (Geindre, 2001) qui ne participent pas directement aux chaînes de soins mais qui les soutiennent (Sauviat, 2001 ; Grenier, 2005 ; Bercot et De Coninck, 2006).

2ème partie : une situation de gestion complexe et paradoxale

Si les réseaux de santé français apparaissent comme une solution organisationnelle cohérente et innovante pour relever les défis du système de soins, ils n'en sont pas moins complexes à mettre en œuvre. Les premiers retours d'expériences mettent en lumière leurs difficultés de fonctionnement, ouvrant ainsi des perspectives de recherche intéressantes sur le management stratégique des réseaux de santé. Après avoir précisé notre problématique de recherche, nous présenterons la méthodologie suivie pour y répondre.

Une problématique de recherche managériale

Bien que la nécessité de mettre en œuvre une prise en charge globale pour mieux soigner les nouveaux besoins de santé soit communément partagée par les acteurs de la santé, sa mise en œuvre effective n'est est pas moins délicate. En effet, les réseaux de santé ne sont pas le simple prolongement de l'activité des professionnels mais ils impliquent une nouvelle conception des soins en dépassant les clivages historiquement ancrés dans le système de santé français (Gremy, 1997) : ville / hôpital, généralistes / spécialistes, public / libéral, préventif / curatif, médical / social, professionnels / administrations.

Dans leur mise en lien, les réseaux associent des acteurs, des groupes et des institutions aux logiques d'actions différentes, aux représentations variées et aux intérêts parfois divergents, entraînant la nécessité d'une confiance partagée, le besoin de trouver un intérêt personnel à la coordination et la peur de perdre du pouvoir (Crozier et Friedberg, 1977 ; Geindre, 2005). A cela s'ajoute les spécificités du milieu de la santé fortement hiérarchique où les divers producteurs de soins exercent traditionnellement de façon isolée autour de territoires de compétences, où les contraintes juridiques sont fortement prégnantes, où les régimes de financements entre secteurs diffèrent, où les clivages « culturels » sont nombreux, etc. (Bourgueil et *al*., 2001 ; Sauviat, 2001 ; Bonafini, 2002 ; Castra et *al*., 2004 ; Bartoli, 2005 ; Grenier, 2005 ; Bercot et De Conninck, 2006). Un coordonnateur de réseau est ainsi amené à faire le pont entre des médecins, des travailleurs sociaux et des administratifs qui n'ont pas nécessairement le même langage et la même façon d'appréhender les problèmes ; une assistante sociale adhérente doit concilier les attentes de sa hiérarchie avec celles du réseau ; un médecin peut se trouver en situation d'arbitrer entre l'intérêt du patient (orienter le patient vers d'autres professionnels du réseau pour une prise en charge adaptée) et son intérêt propre (préserver son patient qui est aussi un client), etc.

La nouvelle direction stratégique qui encourage la coordination des différents producteurs de soins autour du bénéficiaire injectent du désordre dans un système bureaucratique fortement

segmenté (Morin, 1977 ; Fabbe-Costes et Lièvre, 2002). Ce désordre, nécessaire pour adapter le système de soins aux évolutions des besoins de santé, crée des tensions managériales qui se caractérisent par la rencontre d'éléments complémentaires et opposés à la fois, à la manière des paradoxes (Barel, 1989 ; Martinet, 1990, 2001 ; Perret et Josserand, 2003).

Aussi, relevons-nous six relations paradoxales inhérentes au fonctionnement des réseaux de santé français.

✓ formel / informel : les réseaux de santé cherchent à être suffisamment formels et organisés pour se positionner clairement dans l'offre de soins tout en étant informels et souples pour apporter une réponse adaptée à la variété des situations de soins. Le formel renvoie au cadre d'action explicite du réseau, souvent formalisé dans une charte de fonctionnement. L'informel représente, quant à lui, l'espace d'action indéterminé qui échappe au cadre formel et qui apporte une souplesse nécessaire au réseau pour s'adapter à la diversité locale.

✓ spécificité / unité : les réseaux de santé œuvrent dans le sens d'une reconnaissance des spécificités professionnelles pour cibler les compétences spécifiques nécessaires au soin de la personne tout en poursuivant une quête d'unité pour permettre une conception globale de la santé. La spécificité renvoie au périmètre d'intervention des acteurs : chaque acteur est utile au réseau en ce qu'il apporte une compétence spécifique à son métier. L'unité prend son sens en dehors du périmètre d'intervention en créant du lien avec les domaines connexes pour apporter une réponse concertée et cohérente au problème de santé.

✓conformité / autonomie : les réseaux de santé sont soumis à des exigences de conformité aux attentes des tutelles pour être financés et se pérenniser tout en produisant un service qui est le résultat d'acteurs autonomes et volontaires. La conformité est celle attendue par les tutelles qui contrôlent les réseaux qu'elles financent. Elles véhiculent une certaine norme à travers les différents textes de lois qu'elles diffusent et elles s'attendent à ce que les réseaux s'y conforment. L'autonomie s'exprime en dehors de la norme. Les réseaux de santé font intervenir des acteurs (usagers et professionnels) autonomes et volontaires qui ne sont pas contraints à se coordonner, et par voie de fait à se conformer à une norme. Ils sont encouragés à repenser l'action collective dans un espace de liberté et de créativité.

✓ individuel / collectif : les réseaux de santé se forment dans l'intérêt collectif pour adapter le système aux nouveaux besoins de santé tout en cherchant la satisfaction d'un intérêt individuel qui est indispensable à la participation des acteurs. L'intérêt collectif est celui qui légitime l'existence des réseaux de santé : la nécessité de se cordonner pour mieux soigner. Toutefois, il ne suffit pas d'évoquer l'intérêt collectif pour mobiliser les professionnels. Si les acteurs acceptent de s'investir dans un réseau, c'est effectivement au nom d'un collectif mais aussi au nom de leur intérêt propre.

✓ stabilité / flexibilité : les réseaux de santé ont besoin d'une stabilité indispensable à l'organisation des échanges tout en nécessitant une flexibilité essentielle à la mise en œuvre de prises en charge adaptées aux situations de terrain. La stabilité ne passe pas nécessairement par la formalisation du réseau mais elle peut être le fait d'un collectif (une équipe de coordination référente), d'une personne (une figure emblématique du réseau) ou d'une structure physique (un lieu d'échanges continus). Elle peut également se construire dans le temps (régularité des pratiques). La flexibilité permet, quant à elle, la modularité des échanges en fonction des situations de soins.

✓ structurel / relationnel : les réseaux de santé sont une nouvelle forme d'organisation des soins, ce qui suppose d'interroger leur dimension structurelle tout en accordant une place centrale à la dimension relationnelle sans quoi les réseaux de santé n'existeraient pas. Autrement dit, le réseau de santé est à la fois une organisation qui s'institutionnalise avec son ordre et ses règles de fonctionnement, mais c'est aussi un agencement de relations qui se font et se défont en fonction des perturbations de l'environnement. Le réseau de santé articule une dimension structurelle au nom d'une légitimité institutionnelle et une dimension relationnelle dont il se nourrit.

Les difficultés de fonctionnement des réseaux de santé ainsi conceptualisées sous la forme de relations paradoxales permettent d'une part de pointer les tensions managériales de cette nouvelle forme d'organisation des soins et d'autre part d'envisager des moyens d'action adaptés pour faire face. En outre, Barel (1989) nous confie « *le secret de la maîtrise du paradoxe […] : il consiste à surimposer à une situation paradoxale une stratégie paradoxale* » (Barel, 1989, p. 301). L'enjeu d'une stratégie paradoxale n'est pas de trouver des « *outils bien maîtrisés* » (Perret et Josserand, 2003, p. 171) mais plutôt des mécanismes organisationnels ouvrant la voie à une possible équilibration du système (Piaget, 1998).

Une stratégie paradoxale considère que chacun des pôles d'un paradoxe porte remède aux inconvénients de l'autre. Il y a alors un jeu réciproque entre les pôles, à la recherche d'un équilibre toujours en mouvement. La littérature en stratégie identifie trois logiques paradoxales dominantes qui proposent chacune une issue aux paradoxes (Barel, 1989 ; Perret et Josserand, 2003).

Une première logique paradoxale est celle de la différenciation. Elle repose sur un travail de segmentation en limitant les points de rencontres entre les pôles distants pour éviter les frictions. Le paradoxe peut alors être apprivoisé en prévoyant des temps d'expression distincts et des espaces cloisonnés. Des passerelles sont toutefois souhaitables pour éviter les risques d'éclatement de l'organisation. Une seconde logique paradoxale est celle du dialogue. Elle repose sur le principe de la dialectique en envisageant des interactions réciproques continues entre les pôles. Le dialogue prend la forme d'échanges successifs et cumulatifs favorisés par des espaces de rencontres. Il s'inscrit dans une perspective d'ouverture pour aboutir à un accord collectif malgré l'existence de logiques contradictoires. Les acteurs frontaliers ont un rôle clé à jouer dans la logique de dialogue en instaurant non seulement une passerelle entre les mondes distants - comme il est souhaité dans la logique de différenciation - mais plus encore en permettant à ceux-ci de s'ouvrir les uns aux autres (Grima, 1999). Enfin, une troisième logique est celle de la disparition. Il s'agit d'amener les acteurs à se représenter la réalité différemment de manière à ce que le paradoxe tombe. Tout l'enjeu de cette logique est de sortir les acteurs de leurs schémas de pensées habituels, que ce soit par l'arrivée d'un élément tiers (nouvel objet, nouvelle personne, nouveau concept, etc.) ou par des occasions d'échanges (réunion, groupe de réflexion, alliance, etc.).

Cette présentation succincte est certes manichéenne mais elle permet de repérer la logique organisationnelle théoriquement appropriée à la gestion des réseaux de santé. En outre, en cohérence avec l'orientation stratégique des réseaux de santé qui cherchent à dépasser les cloisonnements existants, la logique paradoxale de dialogue semble être la plus adaptée à leur management stratégique. En d'autres termes, nous pensons que c'est dans l'échange que les réseaux de santé sont amenés à trouver une issue à leurs tensions managériales. Toutefois, la question de la pertinence d'une logique paradoxale de dialogue pour la gestion des réseaux de santé d'une part et la question de sa mise en acte par les acteurs d'autre part restent entières.

Méthodologie de recherche

Notre projet de recherche consiste à étudier le mode de gestion des réseaux de santé dans une perspective paradoxale. La méthode des cas est alors particulièrement adaptée à notre problématique qui s'intéresse à un terrain en construction ou de nouvelles formes d'actions collectives sont à inventer pour mieux répondre à la demande de santé (Yin, 2003).

Dans la mesure où il n'existe pas en France un cas de réseau de santé qui ferait figure de « modèle », nous choisissons de retenir plusieurs cas en les étudiant dans une logique comparative afin d'exploiter leur diversité et de repérer des invariants (Vigour, 2005). Nous utilisons ainsi la comparaison comme un moyen de d'évaluer la pertinence d'une stratégie paradoxale pour le management des réseaux de santé et comme un moyen d'élaboration progressive de généralisations. Dans cette perspective, nous sélectionnons des cas exemplaires, autrement dit des cas de succès et d'échec, en nous appuyant sur l'avis d'experts (Giordano, 2003). Plus précisément, nous avons consulté 6 experts institutionnels représentants les tutelles et 2 experts universitaires dont les travaux de recherche s'intéressent aux réseaux de santé. C'est ainsi que cinq cas de réseaux de santé ont été retenus : 4 cas de succès (un réseau addiction, un réseau diabète, un réseau gérontologie et un réseau de soins palliatifs) et un cas témoin en situation d'échec (un réseau dyslexie).

Notre travail a ensuite consisté à recueillir des récits de pratiques, en amenant les acteurs de terrain à nous raconter, en entretien, leurs pratiques professionnelles (Barbier, 1996, 2007). Pour nous aider dans cette voie, nous avons utilisé la technique de l'incident critique (Usunier et *al.*, 2000). En d'autres termes, nous avons demandé aux acteurs de penser à des difficultés managériales en lien avec le réseau étudié (et non à des difficultés cliniques liées à la maîtrise de la pathologie), de les expliquer puis d'illustrer comment ils ont finalement fait face à la situation. Les difficultés n'ont été qu'un moyen que nous avons mobilisé pour rendre visibles des pratiques jugées utiles et efficaces par les acteurs, dans des contextes d'action vécus comme délicats par eux-mêmes. Pour mener ces entretiens, nous avons ciblé deux catégories de répondants : des coordonnateurs de réseau et des acteurs périphériques participant au réseau (en variant les origines professionnelles). Trente deux entretiens, dont quatorze avec des coordonnateurs, ont été conduits à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif. Les coordonnateurs ont été les principaux informateurs puisqu'ils sont concernés dans leur pratique quotidienne par la gestion du réseau. Chaque entretien a été enregistré et intégralement retranscrit.

La validité interne a été recherchée par une triangulation des données obtenues par un croisement des récits dans un même réseau, par une étude de données secondaires (archives du réseau) et par une restitution partielle des entretiens aux interviewés. La validité externe a quant à elle été recherchée par un processus de généralisation analytique qui a consisté à décrire chaque cas à différents niveaux théoriques pour ensuite faciliter l'analyse comparative (David, 2003).

Nous présentons dans la partie suivante les principaux résultats d'analyse.

3ème partie : vers un arbitrage des contraires

Nous aborderons successivement deux résultats majeurs issus de l'analyse comparative des cinq cas exemplaires, à savoir la pertinence d'une stratégie paradoxale pour la gestion des

réseaux de santé et la prévalence de la logique paradoxale de dialogue. Partant de ce résultats, nous proposerons ensuite un modèle de management paradoxal.

Pertinence d'une stratégie paradoxale

Commençons par les quatre cas de succès dans lesquels il ressort un invariant : la gestion des réseaux réputés pour leur bon fonctionnement repose sur une mise en tension permanente des contraires. En d'autres termes, chacun des pôles est considéré et reconnu par les acteurs du réseau qui recherchent un équilibre dynamique entre les extrêmes. Nous constatons par ailleurs que les deux réseaux les plus anciens, qui ont près de dix années d'ancienneté, affichent une orientation vers certains pôles. Il en est ainsi du réseau addiction qui tend vers un management plus « lâche » en arbitrant en faveur de l'informel, de la flexibilité et de l'autonomie des acteurs. Inversement, le réseau diabète tend vers un management plus « structuré » en arbitrant en faveur du formel, de la stabilité et de la conformité. A mesure que le temps et la pratique du réseau permettent une meilleure connaissance et anticipation des agencements de chaînes d'acteurs, le mode de management pourrait ainsi s'affirmer et tendre vers certains pôles. Cette orientation n'est toutefois pas problématique dans la mesure où l'utilité de chacun des pôles est reconnue et qu'un arbitrage subsiste.

Inversement, dans le réseau en situation d'échec, les dualités semblent avoir été tranchées. Le réseau dyslexie est centré sur certains pôles, notamment le formel, la stabilité et la dimension structurelle, au détriment de leurs extrêmes qui sont occultés. Pour illustration, un parcours de soins a été défini et formalisé *a priori*. Il décrit le parcours de l'usager dans le réseau en précisant les différentes étapes de soins pluridisciplinaires à suivre. Ce parcours devient problématique dans le fonctionnement du réseau dès lors qu'il n'autorise pas d'ajustements aux besoins de santé de l'usager qui sont souvent découverts dans l'action et qui évoluent dans le temps. Les professionnels constatent ainsi une inadéquation des chaînes de soins aux besoins de santé. Le délitement du réseau se traduit entre autres par un désengagement progressif des adhérents et un climat général de tension.

La mise en perspective des cas exemplaires de réseaux de santé confirme ainsi la pertinence d'une stratégie paradoxale pour le management des réseaux de santé, stratégie que nous retrouvons uniquement dans les cas de succès. Etudions désormais plus en avant sa mise en œuvre par les acteurs.

Prévalence de la logique paradoxale de dialogue

Dans les quatre cas de succès, nous constatons que les situations paradoxales trouvent leur équilibre dans l'échange. La logique de dialogue est la logique de gestion dominante. Les coordonnateurs se présentent comme des constructeurs du dialogue en prévoyant des espaces d'échanges et des temps de rencontres. Les lieux de dialogue sont aussi variés que le siège du réseau, le cabinet d'un médecin, le domicile des patients, etc. Les temps de rencontres sont tout autant diversifiés : des contacts spontanés, des réunions d'équipes, des formations pluridisciplinaires, des ateliers d'échanges de pratiques, des actions de prévention auprès du grand public, etc.

Toutefois, le fait d'être ensemble ne suffit pas à la formation d'un réseau de santé. Encore faut-il s'entendre sur le fonctionnement du réseau et la place des acteurs dans ce dernier. Les coordonnateurs sont alors des médiateurs incontournables. Ils animent les négociations que ce soit autour des contrats d'adhésion en explicitant les attentes et rôles de chacun, autour des

concertations de cas patients en arbitrant entre les différents points de vue, autour des évaluations par les tutelles en discutant les enjeux et les besoins du réseau, etc. Ces négociations sont par ailleurs facilitées par le principe de « sélection naturelle » qui repose sur une participation volontaire et non contrainte aux activités du réseau. Les coordonnateurs composent avec un ensemble d'acteurs *a priori* favorables au fonctionnement de l'organisation et investis dans la mise en œuvre d'une prise en charge globale.

Si l'activité d'interface est souvent décrite comme valorisante, elle n'en est pas moins génératrice de tensions de rôles (Grima, 1999). En effet, les coordonnateurs sont contraints à proposer le dialogue sans jamais pouvoir l'imposer dans la mesure où ils n'en ont pas la légitimité hiérarchique. Leur neutralité les oblige ainsi à ne compter que sur leur force de conviction, leur énergie et leur capital de confiance pour ouvrir le dialogue et susciter l'adhésion.

Par ailleurs, conjointement à la logique de dialogue, d'autres logiques paradoxales ont été repérées, à commencer par la logique de différenciation que nous avons identifié dans deux réseaux (réseau addiction et réseau de soins palliatifs). Celle-ci intervient notamment pour gérer l'arbitrage entre l'autonomie des acteurs et la conformité attendue par les tutelles. Dans le réseau addiction, la logique de différenciation est mise en acte par l'édification de frontières qui permettent de protéger le réseau en limitant les interférences avec les tutelles. Plus précisément, la différenciation se manifeste de manière diachronique en cadrant une phase de conformité avant l'évaluation du réseau par les tutelles. Durant cette phase, les acteurs participant sont sollicités pour réaliser de façon collective l'évaluation du réseau. En dehors de cette phase d'évaluation, ils ne sont pas ou peu sensibilisés à la recherche de conformité. Dans le réseau de soins palliatifs, la logique de différenciation est mise en œuvre différemment. Elle repose sur la désignation d'un coordonnateur référent qui est l'interlocuteur privilégié des tutelles. Les points de rencontres entre l'équipe de coordination et les tutelles sont alors limités et les phases d'échanges se succèdent : le référent et les tutelles puis le référent et l'équipe de coordination. Ce fonctionnement permet de contrôler le rapport de force avec les tutelles, dont la responsabilité incombe à un coordonateur référent chargé de conduire les négociations au nom d'un collectif.

Enfin, ajoutons qu'une logique de disparition a été repérée au sein du réseau addiction dont la particularité est de disposer d'une unité interne de soins. Là où les autres réseaux mobilisent les ressources à distance en contactant les professionnels nécessaires à la formation d'une chaîne de soins, le réseau addiction a un espace de travail collectif dans lequel les professionnels effectuent des permanences pour y mener les consultations effectuées au titre du réseau. Cet espace de rencontre amène les professionnels à échanger régulièrement et à se passer naturellement le relais pour construire des prises en charge globales. La dualité entre la dimension structurelle et relationnelle et entre la recherche d'unité et de spécificité semblent ainsi se désagréger dans l'enceinte du réseau. C'est ici l'importance de la topologie physique du réseau qui est soulignée dans la perception des paradoxes.

Partant de ces résultats, nous proposons un modèle de management paradoxal adapté à la gestion des réseaux de santé français.

Proposition d'un modèle de management paradoxal

La systémique ago-antagoniste de Bernard-Weil (2002, 2003) constitue une grille de lecture intéressante pour favoriser la compréhension et la modélisation du management stratégique des réseaux de santé. Elle propose un cadre général pour dépasser définitivement les couples

d'oppositions (Martinet, 1990, 2001 ; Rollet, 2000 ; Denis, 2002 ; Corbel, 2004). Elle se positionne comme une science de la viabilité en postulant que la viabilité d'un système suppose de penser sa régulation en termes de couples ago-antagonistes, l'agonisme générant des effets synergiques et l'antagonisme générant des effets opposés. La conflictualité des pôles du couple a des effets positifs et non destructifs. Par ailleurs, par effet de contagion, l'action sur un couple peut contribuer à rééquilibrer l'ensemble du système. Pour soutenir les arbitrages, Bernard-Weil propose l'existence d'un ordinateur central qui est diffus dans le système. Il prend la forme d'une méta-règle qui aide à conduire les arbitrages en dégageant des espaces de cohésion.

Dans notre contexte de recherche, il existe un agonisme certain qui est induit par l'objectif commun qui fédère les acteurs de la santé : recentrer les soins sur le malade, plutôt que sur la maladie, pour mieux répondre à la demande de santé. Ce sont les pathologies chroniques et/ou les populations complexes qui sont directement visées car elles impliquent une remise en question du mode de prise en charge traditionnel qui ne permet pas d'avoir une approche globale des soins (pluridisciplinarité des soins et suivi dans le temps). Si l'importance de cette remise en question fait l'unanimité, elle n'est toutefois pas exempte de difficultés. Les réseaux de santé sont le terrain de tensions paradoxales qui sous-tendent plusieurs couples ago-antagonistes. Nous avons préalablement identifié six couples d'opposition qui n'épuisent pas l'ensemble des situations paradoxales relatives au fonctionnement des réseaux de santé. En outre, le recoupement des six paradoxes repérés conduit vers l'émergence d'un couple ago-antagoniste central de type « mouvement – inertie » :

- L'interaction (*relationnel*) entre des acteurs autonomes (*autonomie*), réunis au nom d'un projet commun (*collectif*) qui consiste à redonner du sens aux prises en charge globales (*unité*) en les modulant dans l'action (*flexibilité*) en fonction des besoins de santé souvent incertains (*informel*), impliquent des mouvements.

- L'institutionnalisation croissante des réseaux de santé (*structurel*), composés d'acteurs hétérogènes (*spécificité*) aux intérêts propres (*individuel*) évoluant dans un cadre d'action explicite (*formel*) qui est nécessaire à la stabilisation des échanges (*stabilité*) et à la mise en correspondance de la production du réseau aux attentes des tutelles (*conformité*), encourage une inertie.

Nous proposons ainsi d'envisager les réseaux de santé comme une organisation soumise à la fois à une *force d'inertie,* indispensable à la mise en ordre des soins et à la fois à une *force de mouvement*, nécessaire à la modularité des chaînes de soins. Dans l'interaction, inertie et mouvement s'auto-entretiennent de telle sorte que l'organisation n'est jamais achevée (Morin, 1977). La mise en tension de la force de mouvement et de la force d'inertie amène les acteurs à s'ouvrir à d'autres perspectives de soins pour mettre en œuvre une prise en charge globale. C'est autour de cet impératif de soins, que nous élevons au rang de méta-règle, que les arbitrages prennent sens. Autrement dit, c'est au nom de la volonté communément partagée de mettre en œuvre une prise en charge globale que les acteurs de la santé sont prêts à consacrer du temps au réseau.

L'étude comparative de cinq cas de réseaux de santé suggère ainsi la mise en acte d'une stratégie paradoxale par une régulation ago-antagoniste de type « mouvement – inertie ». Nous modélisons les résultats sous la forme d'une roue paradoxale représentant les tensions paradoxales inhérentes au fonctionnement des réseaux de santé. Le couple central « mouvement – inertie » fait figure de colonne vertébrale. A gauche de la roue s'exerce la force de mouvement. A droite de la roue s'exerce la force d'inertie. La relation est circulaire :

le mouvement des chaînes de soins produit de l'inertie qui appelle le mouvement qui l'a produite. La gestion paradoxale de dialogue prend la forme d'une membrane souple qui évolue simultanément dans les deux sphères au rythme des arbitrages. Les coordonnateurs de réseau évoluent ainsi sur le fil « mouvement – inertie » tel des funambules à la recherche d'un équilibre toujours en mouvement, s'aidant de la perche « prise en charge globale » pour guider les négociations. Certains trouveront peut-être leur équilibre dans « plus de mouvement » (le réseau addiction), d'autres dans « plus d'inertie » (le réseau diabète), mais le point commun entre tous est qu'ils effectuent nécessairement un mouvement de balancier pour rester sur le fil.

Figure 1

Proposition d'un modèle de management paradoxal des réseaux de santé français

[Placer ici la figure 1]

En définitive, le développement croissant des réseaux de santé français témoignent d'une volonté de repenser la dynamique des acteurs, professions et organisations pour mieux soigner à l'échelle d'un territoire. Toutefois, les difficultés de fonctionnement sont nombreuses et les acteurs de terrain ne font pas toujours ce qu'ils veulent, mais plus souvent ce qu'ils peuvent pour « faire face » aux tensions paradoxales qui caractérisent cette nouvelle forme d'organisations des soins. Envisager les réseaux de santé sous un angle paradoxal a alors permis d'une part de mettre à jour la complexité de l'organisation et d'autre part d'envisager un management approprié qui ne cherche pas à maîtriser le système en supprimant les antagonismes mais à l'accepter tel qu'il est (avec ses ordres et ses désordres, ses synergies et ses oppositions). C'est dans cette perspective qu'une régulation ago-antagoniste entre une force de mouvement et une force d'inertie a été proposée. Pour approfondir la recherche, il conviendrait d'étudier plus finement l'opérationnalisation de cette régulation par les acteurs. A ce titre, il serait utile et intéressant de prolonger l'étude en menant une recherche action afin de poursuivre l'analyse des pratiques en faisant l'expérience directe de la situation de gestion paradoxale.

Bibliographie

Addicott, R.; McGiven, G.; Ferlie, E. (2006). « Networks, Organizational learning and Knowledge Management: NHS Cancer Networks », *Public Money and Management*, April, p. 87-94.

Assens, C. (2003). « Le réseau d'entreprise : vers une synthèse des connaissances », *Management International*, Vol. 7, N° 4, p. 49-59.

Barbier, J-M. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, Presses Universitaires de France.

Barbier, J-M. (2007). « Le vocabulaire des rapports entre sujets et activités », dans Avenier M.J. et Schmitt C. (s/d), *La construction de savoirs pour l'action*, Paris, L'Harmattan.

Barel, Y. (1989). *Le paradoxe et le système*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

Bartoli, A. (2005). *Le management dans les organisations publiques*, 2ème édition, Paris, Dunod.

Bercot, R.; De Coninck, F. (2006). *Les réseaux de santé : une nouvelle médecine ?* Paris, L'Harmattan.

Bernard Weil, E. (2002). *Stratégies paradoxales en bio-médecine et sciences humaines*, Paris, L'Harmattan.

Bernard Weil, E. (2003). « La science des systèmes ago-antagonistes et les stratégies d'actions paradoxales », dans Perret V.; Josserand E. (s/d), *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipses, p. 25-56.

Bonafini, P. (2002). « Réseaux de soins : réforme ou révolution ? », *Revue Politique et Management Public*, Vol. 20, N° 2, p. 1-22.

Bourgueil, Y.; Bremond, M.; Develay, A.; Grignon, M.; Midy, F. (2001). *L'évaluation des réseaux de soins, enjeux et recommandations*, CREDES, ENSP.

Castra, M.; Cresson, G.; Denquin, S.; Ferrand, A.; Larde, P. (2004). « Des groupes informels aux réseaux de soins : diversité des régulations et circulation des informations », *Rapport pour la MIRE, programme : « Les dynamiques professionnelles dans le champ de la santé »*, Novembre, Lille.

Claveranne, J.P.; Pascal, C. (2001). « Complémentarité et réseaux. De la métaphore à la pratique », *Journal d'Economie Médicale*, Vol. 19, N° 5-6, p. 331-348.

Corbel, P. (2004). « Le Brevet : un instrument d'équilibration stratégique », *13ème conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, AIMS*, Normandie, France.

Crozier, M.; Friedberg E. (1977). *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.

David, A. (2003). « Etudes de cas et généralisation scientifique en sciences de gestion », *Revue Sciences de Gestion*, N° 39, p. 139-166.

Delande, G. (1999). « Filières et réseaux en santé. Une approche médico-économique », *Gestions Hospitalières*, N° 391, p. 746-755.

Denis, J.P. (2002). « Retour sur les principes d'articulation entre contrôle et stratégie. Une perspective ago-antagoniste », *11ème conférence Internationale ESCP – EAP*, Paris, 5, 6 et 7 juin.

Desreumaux, A. (2001). « Investissement et nouvelles formes d'organisation : l'étude de la décision d'investissement comme mode d'approche des logiques de fonctionnement en réseau », dans Charreaux,

G. (s/d), *Images de l'investissement. Au delà de l'évaluation financière : une lecture organisationnelle et stratégique*, Paris, Vuibert, p. 283-308.

Duriez, M. (1998). « Organisation des soins : les exemples étrangers », *Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique*, N° 24, p. 41-44.

Fabbe-Costes, N.; Lievre, P. (2002). *Ordres et désordres en logistique*, Paris, Hermès Science Publications.

Geindre, S. (2001). « Le rôle de l'acteur tiers dans la construction d'un réseau stratégique : le cas d'un syndicat professionnel », *10ème Conférence Internationale de Management Stratégique, AIMS*, Laval, Québec.

Geindre, S. (2005). « Confiance et pratiques de réseau », *Journée transdisciplinaire de recherche AIMS-AGRH "Management et réseaux sociaux"*, Lyon, France.

Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Editions EMS.

Grenier, C. (2005). « Capital social et apprentissage dans un réseau d'acteurs professionnels », *Journée transdisciplinaire de recherche AIMS-AGRH "Management et réseaux sociaux"*, Lyon, France.

Grémy, F. (1997). « Filières et réseaux. Vers l'organisation et la coordination du système de soins », *Gestions Hospitalières*, N° 367, p. 433-438.

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.

Josserand, E. (2007). « Le pilotage des réseaux. Fondements des capacités dynamiques de l'entreprise », *Revue Française de Gestion*, Vol. 33, N° 170, p. 95-102.

Kalika, M.; Blanchot, F.; Isaac, H.; Josserand, E.; De Montmorillon, B.; Romelaer, P. (2000). « Décloisonnée et transversale, l'organisation change », *L'Expansion Management Review*, septembre, p. 68-80.

Legrain, A.; Verhoest, K. (2004). « Le secteur public en France et en Belgique : de la coordination hiérarchique à la coordination par réseaux », *Politiques et Management Public*, Vol. 22, N° 3, p. 163-191.

Louart, P. (1996). « L'apparente révolution des formes organisationnelles », *Revue Française De Gestion*, N° 107, p. 74-85.

Martinet, A-C. (1990). « Epistémologie de la stratégie », dans Martinet, A-C. (1990), *Epistémologies et Sciences de Gestion*, Economica, Paris, p. 211-236.

Martinet, A-C. (2001). « Le faux déclin de la planification stratégique », Dans Martinet, A-C.; Thiétart, R-A. (2001), *Stratégies, Actualité et futurs de la recherche*, Vuibert, Paris, p. 175-193.

Morin, E. (1977). *La Méthode*, Tome 1, Paris, Seuil.

Offner, J-M. (1996). « "Réseaux" et "Large Technical System" : concepts complémentaires ou concurrents », Flux, N° 26, p. 17-30.

Paché, G.; Spalanzani, A. (s/d) (2007). *La gestion des chaînes logistiques multi-acteurs : perspectives stratégiques*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

Piaget, J. (1998). *La psychologie de l'intelligence*, 2ème édition, Paris, Armand Colin.

Perret, V.; Josserand, E. (2003). *Le paradoxe, penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipses.

Rollet, A. (2000). *Le couple produit-territoire, régulation ago-antagoniste entre projet individuel et projet collectif*, Cemagref Editions.

Sauviat, I. (2001). « De la légitimation à la légitimité des réseaux de soins : les apports d'une recherche exploratoire », *Thèse de doctorat en sciences de gestion*, Université de Poitiers, IAE.

Schweyer, F-X.; Levasseur, G.; Pawlikowska, T. (2002). *Créer et piloter un réseau de santé*, Ille et Vilaine, Ed. ENSP.

Schweyer, F.X. (2005). « Offres de soins et santé publique : tensions et convergences », *Journées de La Santé Publique*, Rennes, p. 51-56.

Thayer C.; Tonneau D. (2000). « Le système de santé en Angleterre », *Gérer et Comprendre*, N° 61, p. 64-75.

Trépeau, M. (2004). « Les difficultés de l'assurance maladie », *Regards sur l'actualité*, N° 304.

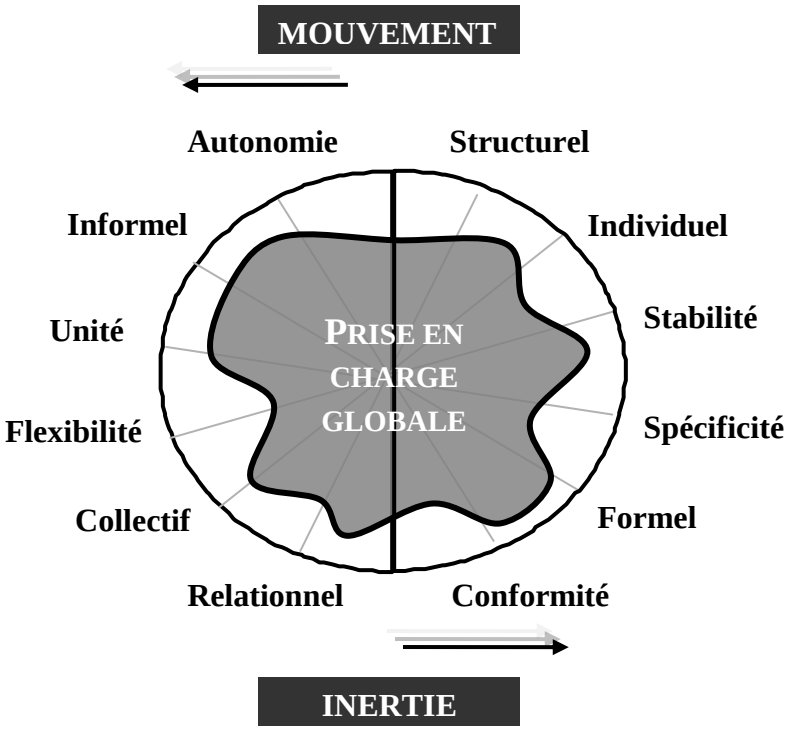
Usunier, J.C.; Easterby-Smith M.; Thorpe R. (2000). *Introduction à la Recherche en Gestion*, Paris, Economica.

Vigour, C. (2005). *La comparaison dans les sciences sociales*, Paris, La Découverte.

Vinas, P. (1998). « De la tuberculose aux ordonnances de 1996», *Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique*, septembre, N° 24, p. 13-14.

Yin, R.K. (2003). *Case Study research. Design and Methods*, 3ème édition, Sage Publications.

- Figure 1 -


MOUVEMENT
Autonomie
Structurel
Informel
Individuel
Unité
Stabilité
PRISE EN CHARGE GLOBALE
Flexibilité
Spécificité
Collectif
Formel
Relationnel
Conformité
INERTIE