

Les réseaux, un outil de recherche et développement au service de l'évolution du système de santé

Networks: a research and development tool serving to support the evolution of the health system

M.-O. Frattini⁽¹⁾, J.-C. Mino⁽¹⁾

Les réseaux de santé⁽²⁾ font couler beaucoup d'encre. Au sein du système de santé, les représentants des professionnels, des financeurs et des tutelles reconnaissent tous l'intérêt de ce type de dispositifs favorisant des pratiques dites « coopératives » (c'est-à-dire impliquant une collaboration entre différents acteurs et/ou institutions) afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins à coûts davantage maîtrisés. Certains considèrent d'ailleurs que la définition des réseaux est stabilisée depuis la loi du 4 mars 2002 et leur pérennité assurée avec leur financement par la Dotation

Nationale de Développement des Réseaux (DNDR). D'autres, dont nous faisons partie, pensent au contraire qu'il est temps, après plus de 15 ans d'expériences, de les reconnaître comme des formes d'organisation hybrides et évolutives. Nous ne faisons pas là le constat désabusé d'un « échec » des réseaux. Au contraire, nous considérons, en nous appuyant sur nos travaux de recherche et d'évaluation qu'ils assurent un rôle indispensable dans le système de santé : celui d'un outil « de recherche et de développement » au service de l'intérêt général⁽³⁾.

(1) Médecins spécialistes de Santé publique - DIES (Développement, Innovation, Évaluation, Santé), filiale de la Fondation de l'Avenir - 17, avenue de Choisy - Le Palatino - 75013 Paris.

(2) Nous utilisons le terme consacré de « réseau de santé » sachant que la plupart du temps, il s'agit de réseau de soins, ce d'autant que leur financement relève du sanitaire.

(3) Nous entendons « intérêt général » comme un certain équilibre social établi suite à la recherche de la meilleure articulation possible entre les intérêts individuels des bénéficiaires (les patients et leurs proches), ceux des professionnels et ceux de la collectivité sociale (représentés par les financeurs et les tutelles). Ce sont les pouvoirs publics (nationaux, territoriaux ou locaux) qui sont traditionnellement garants de l'intérêt général au travers de la législation et de la réglementation, de l'élaboration de politiques spécifiques et du financement de services dits « publics ».

Les réseaux : des formes organisationnelles hybrides et évolutives

« *La notion de réseau en France est née de l'idée qu'on ne changera pas le système, mais qu'on va l'organiser ; il faut faciliter et inciter les échanges, la communication, l'interaction entre les professionnels des structures concernées [3]* ». Cette assertion, dont le mérite est d'être claire, est rarement formulée de manière aussi directe dans des discours sur les réseaux qui recèlent de multiples attendus plus ou moins flous et compatibles, comme le révèle la lecture des numéros successifs de la revue « filières et réseaux ». Ainsi, les experts ont pu penser que le système de santé évoluerait progressivement vers des réseaux intégrés à l'Américaine (cf. les projets des assureurs complémentaires), que les réseaux seraient des leviers pour une alternative à la tarification à l'acte (cf. les expérimentations dites « SOUBIE »), voire qu'ils permettraient une réorganisation en profondeur du système de soins [7-11]. Sur le terrain, il s'agissait souvent pour les professionnels de santé de résoudre des dysfonctionnements irritants ou jugés porteurs de non-qualité.

Cette histoire mériterait d'être comptée par le menu pour mieux comprendre là où nous en sommes arrivés. Notre propos sera moins exhaustif. Il a pour but d'examiner d'une manière critique la nature et l'adaptabilité des réseaux dans leur environnement local ; ce qui va nous permettre de leur assigner une fonction vis-à-vis de la politique de santé. L'article concerne principalement les réseaux de prise en charge des patients dont nous verrons qu'ils sont localement des formes d'organisation hybride, entre système intégré et service structurant des partenariats, entre organi-

sation stable et « cellule adaptable ». Nous décrivons leur caractère innovant, porteur de nouvelles pratiques. Forts de qualités originales et intrinsèquement évolutives, les réseaux se situent entre l'adaptation-innovation de terrain et le changement planifié et volontaire. Ils ne sont pas des formes organisationnelles destinées à se stabiliser (ainsi que cela avait été prévu par les expérimentations dites SOUBIE ou dans le premier manuel d'évaluation des réseaux de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, ANAES) mais représentent plutôt un espace d'adaptation permanent des pratiques et de l'organisation des soins, qu'il s'agit de soutenir officiellement en tant que tel. Les réseaux peuvent traduire, si on décide de le reconnaître ouvertement, une politique d'« expérimentation permanente » au sein du système de soins.

Une équipe au service des professionnels et des usagers, permettant une meilleure organisation de la prise en charge

De manière implicite ou explicite, un réseau est souvent envisagé comme un « grand tout », un système intégré et fermé englobant professionnels et institutions, et qui viendrait en quelque sorte subsumer les acteurs individuels dans une organisation collective. Qu'en est-il concrètement ? Selon nous, un réseau est tout à la fois une équipe de salariés proposant des services aux professionnels et aux usagers, et un acteur institutionnel dont l'existence permet de structurer une organisation locale des soins. Pour le dire de manière ramassée, un réseau est un service dont les agents structurent des liens formalisés avec ses partenaires.

Un réseau n'est pas un système intégré, c'est un service qui s'identifie d'abord avec ses salariés, « l'équipe

de coordination » (nous garderons ce terme dans la suite du texte, même s'il n'est pas satisfaisant). De nombreux professionnels de terrain ou représentants des institutions confondent d'ailleurs dans leurs propos cette équipe et le réseau. En effet, les services qu'elle propose sont souvent la raison d'être du réseau. Les autres participants ont une identité juridique, professionnelle et des missions identifiées ailleurs. Leur mission première n'est pas de participer au réseau et ils n'ont en aucune mesure les mêmes enjeux que l'équipe de coordination. Les guides d'évaluation de l'ANAES ne s'y sont d'ailleurs pas trompés, l'analyse (des processus, de l'activité, de l'engagement des professionnels...) concerne d'abord l'équipe de coordination et pas de n'importe quels membres du réseau. Ces derniers sont parfois même appelés des « bénéficiaires », ils donnent leurs avis et leur satisfaction. Ils s'engagent (plus ou moins d'ailleurs) en signant une « charte » mais c'est l'équipe de coordination qui rend des comptes, pas eux. Si les pratiques professionnelles n'évoluent pas, si la qualité des soins n'est pas meilleure, c'est l'équipe qui doit adapter ses objectifs, son fonctionnement... Son financement en dépend, pas celui des autres (ou à la marge). Pourtant, si de nombreux financeurs reconnaissent que le réseau est distinct des professionnels de terrain, les dossiers à destination des promoteurs ou les demandes de tableaux de bord exigent souvent d'identifier qui est « dans » le réseau et qui est « dehors », qui y rentre ou qui en sort. Comme si le réseau était un système intégré, une nouvelle institution englobant les autres. Cela provoque de nombreuses allergies au niveau des équipes de coordination et des professionnels de ville qui, si on pousse le raisonnement, devraient adhérer à tous les réseaux pour faire bé-

néficier d'une prise en charge de qualité à leurs patients. Or, selon nous, la question n'est pas d'être « dedans » ou « dehors », mais de pouvoir (ou vouloir) bénéficier des services de l'équipe de coordination.

Si un réseau n'est pas un grand tout, il ne se résume pourtant pas au périmètre de l'équipe de coordination. En effet, pour collaborer à la prise en charge, permettre des échanges d'expérience, participer à l'élaboration de stratégies thérapeutiques, mettre en œuvre des consensus de pratique, donner des formations, voire faire de la recherche clinique, l'équipe de coordination a besoin de structurer une organisation locale de travail. Ce travail institutionnel, possible parce que le réseau réunit les différents professionnels de la prise en charge, permet d'organiser plus ou moins formellement le milieu de soins et de « travailler en réseau ». Vu ainsi, le développement de coopérations formalisées et non hiérarchiques vise à pouvoir mieux s'occuper des personnes malades et/ou de leur entourage. L'équipe de coordination a un rôle structurant mais elle ne peut rien faire sans les autres acteurs. Sans cette nécessité d'organiser localement les soins, les réseaux n'existeraient pas, les échanges informels suffiraient. Cette formule sauvegarde l'autonomie de chaque entité ou professionnel malgré une plus grande formalisation des rôles et des tâches. Elle permet tout à la fois un travail organisé et une souplesse face à la variabilité des cas. Certaines situations complexes peuvent être résolues, des ressources *ad hoc* mobilisées ou des substitutions s'opérer justement car le réseau ne comporte pas de filières obligatoires. La structure en réseau est suffisamment souple et adaptable pour répondre à la variété des demandes des usagers et des professionnels.

Un dispositif sans cesse adaptable

Pour survivre, toute organisation sociale doit s'adapter peu ou prou au contexte, aux besoins et demandes, aux changements des objectifs prioritaires, aux moyens disponibles. En ce qui concerne les réseaux, cette adaptation est constante et rapide : surface d'intervention (par pathologie puis par groupes de pathologie, par population spécifique puis par territoire...), objectifs (qualité et/ou maîtrise des coûts, qualité et/ou équité, diminution des hospitalisations et/ou gestion de l'usage des hospitalisations), procédures d'agrément, financements, statut juridique (association, Groupement de Coopération Sanitaire), type de personnel (développement des attachés ou responsables administratifs), manière de rendre compte (qui aujourd'hui couvre à peu près tous les champs possibles de l'évaluation). Le contenu, la forme, les missions et les frontières des réseaux bougent sans cesse, comme une sorte de cellule lancerait ses pseudopodes dans les interstices d'un système de santé structuré d'une manière rigide, les rétracterait quand une nouvelle offre se déploie et faciliterait les échanges entre différentes entités. Les réseaux s'adaptent selon les zones géographiques ou dans le temps. Ainsi, le fait de ne pas réaliser de soins et de ne pas se substituer aux autres professionnels est très variable et dépend de la densité, de la disponibilité, de la culture locale de coopération. Certaines équipes des réseaux participent à la permanence des soins, d'autres dispensent des soins d'urgence (par exemple, quand une infirmière coordinatrice est au domicile et que les professionnels libéraux sont non disponibles), les infirmières coordinatrices peuvent faire du travail social, etc.

Les objectifs affichés des réseaux se modifient également. Après le

décloisonnement, la facilitation des trajectoires entre la ville et l'hôpital, la circulation de l'information clinique et institutionnelle, l'objectif a été d'influer sur les pratiques professionnelles (conseils, formation, expertise). Il est maintenant question de vérifier les « bonnes pratiques » (un nouvel indicateur demandé dans certains tableaux de bord est « nombre de professionnels appliquant les protocoles »), voire de participer à la certification des professionnels [6]. Ce dernier point est hypothétique, mais il montre que les financeurs et les représentants de l'État ont l'habitude de faire évoluer les missions des réseaux. Dans un autre ordre d'idée, il y a deux ou trois ans dans certaines régions, il a été demandé aux équipes de coordination de gérer les actes dérogatoires et de contrôler la participation des libéraux aux formations, aux réunions de coordination... L'équipe de coordination a alors évolué vers une position plus hiérarchique, intermédiaire entre les professionnels et l'assurance maladie, alors que les réseaux ont été le plus souvent fondés sur l'idée de collaboration, de relation horizontale et non hiérarchique dans le travail collectif. Ces exemples soulignent que la place des équipes se modifie progressivement sans véritable débat, sans évaluation de la pertinence de ces évolutions, sans réflexion collective.

Exiger de nouvelles tâches des réseaux est d'autant plus facile qu'après 10 ans, leur financement dépend toujours d'une décision révisable. Structurer un réseau et le faire vivre demande, encore et toujours, des professionnels engagés, prêts à prendre des risques et acceptant un financement non pérenne. Ce sont ceux-là, bien sûr, qui sont prêts aux plus grands paris. Ainsi, les promoteurs ont dû sans cesse s'adapter, trouver des solutions pour passer d'une obligation

à une autre, essayer tant que faire se peut d'assurer la continuité du service rendu malgré des financements non pérennes, versés parfois avec plusieurs mois de retard, des CDD, des remises en question interne et externe. Nombre d'entre eux semblent aujourd'hui fatigués et peut-être serait-il préférable de ne pas abuser de leur bonne volonté...

Les réseaux, un outil de recherche et développement, entre innovation de terrain et changement planifié

La variété des formes, des contenus, et l'adaptabilité des réseaux en font un outil souple au service de l'évolution du système de soins. La SFAP (Société Française d'Accompagnement et Soins Palliatifs) parle des réseaux comme d'un « programme de santé évolutif ». Pour certains directeurs d'URCAM ou d'ARH, les réseaux représentent le seul espace de créativité existant, même s'il n'est pas parfait. Issus tout à la fois de dynamiques professionnelles et de décisions politiques plus ou moins planifiées, les réseaux doivent être reconnus et pilotés en tant que tels dans le système de santé.

La fertilité du terrain

Les exemples d'innovation et d'adaptation de pratiques dans les réseaux sont nombreux. En nous appuyant sur le cas des soins palliatifs, et sans dresser une liste exhaustive, on peut en suggérer l'ampleur. Ainsi, « la fonction de coordination » est, depuis l'origine, le sésame de l'innovation organisationnelle. Elle place les équipes des réseaux aux côtés de la coordination faite par le médecin traitant, celle des HAD, des établis-

sements de santé... Les fonctions de coordination « des réseaux de réseaux » ajoutent une nouvelle strate. Les coordonnateurs s'ajustent aux professionnels avec plus ou moins de bonheur, réfléchissent, écrivent, communiquent. Ils inventent ce métier et viennent parfois bousculer la division du travail traditionnelle [13]. Leur fonction n'est pas vraiment stabilisée et doit être ajustée du fait de la création de nouvelles structures (voir le cas du plan cancer avec les 3C, les réseaux régionaux et territoriaux ; voir la création des maisons des handicaps aux côtés de réseaux territoriaux sanitaires pour les personnes handicapées). Autre nouvelle fonction, « le pilotage du réseau » doit soutenir l'innovation organisationnelle. Les membres du Conseil d'administration sont souvent des professionnels de soins. Tout à la fois employeurs, partenaires du réseau, parfois membres de différents comités avec l'équipe de coordination, d'autres fois jugés par cette même équipe dans le cadre d'une prise en charge, comment peuvent-ils se repérer entre toutes ces « casquettes » et se situer au mieux pour diriger le réseau ?

Les équipes de coordination développent également de nouvelles pratiques dans le cadre de la prise en charge des patients. Selon le type de réseau, elles peuvent conseiller leurs pairs, former sans exercer la clinique, promouvoir des référentiels de « bonne pratique » sans faire partie d'une société savante, organiser l'anticipation des problèmes sans contraindre les acteurs, avoir un regard d'expert sur les actes effectués, engager des relations de confiance tout en gérant des actes dérogatoires. Tout cela provoque tensions, réflexions, ajustements. Les coordonnateurs doivent également porter un regard de santé publique, déployer une approche en

termes de population et de système de soins, articuler au mieux qualité des soins individuels et équité d'accès sur un territoire. L'ensemble de ces innovations repose sur un petit nombre de personnes qui doivent rapidement développer des savoir-faire *ad hoc*, des postures professionnelles et de nouvelles pratiques.

Une inventivité orientée

Comme nous venons de le voir, avec les réseaux, les professionnels ont inventé de nouvelles organisations, pratiques et usages des soins. Or, pour que cette invention soit une véritable innovation, l'ensemble du processus doit aboutir à une forme sociale stabilisée et intégrée par les acteurs concernés [1]. Les réseaux sont le fruit des ordonnances de 1996, du décret portant création du Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville, des lois, décrets et circulaires plus récents. Autant de textes législatifs qui visent à faire émerger et consolider des formes d'action dont l'objet est de faire « bouger le système » en s'appuyant sur des dynamiques locales tout en les encadrant. Le mouvement des réseaux oscille donc entre innovation et encadrement, mais ne répond pas à une politique de changement planifié tout comme il ne bénéficie pas d'un véritable d'accompagnement de terrain. Au moment des expérimentations dites « Soubie », il existait une orientation assez précise, à savoir pondérer le paiement à l'acte par d'autres formes de financement des professionnels. Cette orientation n'a pas été maintenue, moins par échec technique que par décision politique.

Avec les réseaux, jamais des services de soins n'ont été autant sous contrôle des tutelles, les exigences d'évaluation en témoignent. Comme s'il existait une volonté de cristalliser

rapidement les expériences, comme si, sitôt l'inventivité mise en œuvre, il convenait de la juger. Est-ce un souci d'éviter trop d'errements peu productifs ? Celui de ne pas bousculer un ordre que personne ne veut vraiment changer [3] ? De ne pas avoir à gérer les remises en cause sociales et politiques dont cette inventivité est directement ou indirectement porteuse ? Si les tutelles peuvent soutenir les évolutions réglementaires, trouver des solutions concrètes (guichet unique, mode de financement spécifique, statut juridique), elles cherchent aussi à promouvoir leurs propres représentations des réseaux. Les critères contenus dans les tableaux de bord demandés par les comités régionaux des réseaux, en lien avec les préconisations générales de l'ANAES, sont emblématiques. Par exemple, comptabiliser les professionnels « dedans » ou « dehors » repose sur l'idée qu'un réseau est intégré. Prendre comme indicateur la présence des professionnels aux réunions de coordination repose sur l'idée qu'ils forment une équipe alors que certains travaux de recherche montre que, pour les réseaux de soins palliatifs, les intervenants de ville ne se voient pas comme une équipe [12]. Certains indicateurs n'ont fait la preuve d'aucune valeur scientifique mais deviennent une norme, notamment les indicateurs d'impact sur les pratiques. Ces derniers devraient d'abord être l'objet de recherches et validés.

Ainsi, l'enjeu pour les tutelles serait peut-être de ne pas aller trop vite, mais de reconnaître que les réseaux sont des espaces de « créativité institutionnelle » [14], de les faire vivre comme un cadre propice à l'émergence d'idées nouvelles pouvant déboucher sur de nouvelles organisations et pratiques de soins, professionnelles et profanes.

Conclusion

Suite à ces constats, peut-on dire que dans le système de soins les réseaux sont des « variables d'ajustement », qui seraient appelés de faire ce que personne ne veut ou ne peut pas faire ? Ce serait une grande injustice envers de nombreux professionnels qui cherchent sans cesse à innover et à s'améliorer. C'est pourquoi les réseaux doivent plutôt être des « acteurs d'ajustement », représentant un espace d'innovation organisationnelle permanente pour une évolution des pratiques et des organisations. En ce sens, ils doivent être reconnus comme un dispositif non figé d'adaptation et bénéficier d'un financement adéquat,

d'un accompagnement et d'un travail de recherche appliquée digne de ce nom. Sinon un immense pan de leur activité restera dans l'ombre. En France, on valorise la recherche médicale, ici c'est de l'innovation-action sur les pratiques, les organisations et les modes de financement qu'il s'agit. Il faut pouvoir le dire politiquement et le valoriser comme tel. Les réseaux représentent, autant qu'un service pour les professionnels et les usagers, un formidable moyen de Recherche et Développement au service de l'intérêt général. En cela, nous ne leur donnons pas une nouvelle mission, nous mettons en lumière leur spécificité et demandons simplement enfin sa reconnaissance et son financement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alter A, *et al.* Les logiques de l'innovation – approches pluridisciplinaires. Paris : Éditions La découverte, 2002.
 2. ANAES. Réseaux de santé, guide d'évaluation, 2004.
 3. Charpak Y. Édito. Filières et Réseaux 2. *Santé* 2005 ; (2) : 5.
 4. CREDES/Image. L'évaluation des réseaux de soins : enjeux et recommandation. Paris, Mai 2001.
 5. Denis JL, *et al.* Organiser l'innovation, imaginer le contrôle dans le système de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1997 ; 4 (1) : 96-114.
 6. Escano G. La difficile évaluation des réseaux de santé – Bilan et perspectives huit ans après les ordonnances Juppé. *Filières et Réseaux 2. Santé* 2005 ; (2) : 40-3.
 7. Frattini MO, Brémont M. « Réseaux », leviers de changement dans le système de santé. *Prévenir* 1994 ; (27) : 31-44.
 8. Gadreau M. Le réseau en santé, un « objet collectif non identifié ». Actes du 1^{er} colloque international des économistes de la santé : l'état de la réforme. Paris : Université Paris-Dauphine, 2000.
 9. Image. Pratiques coopératives dans le système de santé : les réseaux en question. Éditions ENSP, 1997.
 10. Lanoë JL, Moatti JP. Les réseaux de soins coordonnés : nécessaire rationalisation du système de santé ou utopie libérale. *J Economie Med* 1986 ; 4 (3-4) : 209-24.
 11. Launois R, Giraud P. Les réseaux de soins : médecine de demain. Paris : Economica, 1985.
 12. Mino JC, Frattini MO. « Quel rôle au domicile pour les équipes de coordination des réseaux de soins palliatifs? ». *Med Palliative* 2004 ; 3 : 263-7.
 13. Mintzberg H. Structures et Dynamiques des Organisations. Les éditions d'organisation, 1994.
 14. Sainsaulieu R. « Développement social et création institutionnelle en entreprise ». In : Organisation et management en question(s). Collectif Sciences Humaines Paris IX-Dauphine. Paris : L'Harmattan, 1987. (Logiques sociales).
-