



**HAL**  
open science

# Le développement du travail en réseau comme stratégie de changement dans les politiques publiques

François Vedelago

► **To cite this version:**

François Vedelago. Le développement du travail en réseau comme stratégie de changement dans les politiques publiques. Revue Sociologie Santé - RSS, 2008, 29, pp.55-70. halshs-00679049

**HAL Id: halshs-00679049**

**<https://shs.hal.science/halshs-00679049>**

Submitted on 14 Mar 2012

**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.

# Le développement du *travail en réseau* comme stratégie de changement dans les politiques publiques

Par François Vedelago<sup>1</sup>

## Résumé :

Le terme de réseau, aujourd'hui extrêmement répandu, provoque à sa seule évocation tout à la fois un « effet de modernisme » et, pour les acteurs, il s'impose comme une démarche obligée de résolution de problème. Au sein du système de santé, soumis à des réformes constantes qui recomposent ses différents éléments en permanence depuis une vingtaine d'années, les formes de coordinations entre les acteurs requièrent de leur part des adaptations continues. Les réseaux de santé suscitent et accompagnent à la fois ces recompositions relationnelles entre les acteurs professionnels au sein des organisations de santé. Ils constituent en tant qu'action expérimentale un atout stratégique favorisant de nouvelles formes de coopération et de recomposition à l'intérieur des différents secteurs du système de santé. La démarche de réseau consiste dans l'emploi d'une ressource nouvelle qui était à l'état informel et en partie du domaine privé des individus, à savoir la diversité de leurs liens sociaux, ou pour reprendre la notion de P. Bourdieu leur *capital social*, pour l'action réformatrice des organisations.

**Mots clés** : réseaux sociaux, réseaux de santé, filière de soins, politique publique, réforme, capital social.

## Introduction

La démarche de *travail en réseau* concerne des champs d'activités très divers est l'existence des réseaux sociaux apparaît aujourd'hui comme une idée tout à fait banale. Cette notion est employée dans le champ de la santé et de l'action sociale mais aussi dans le secteur du développement économique ou encore dans le cadre de la coopération internationale. Dans ce dernier secteur le *travail en réseau* est même une condition de financement de nombreux projets de coopération etc. Ainsi les réseaux sociaux considérés comme le substrat des sociétés et un objet d'étude spécifique de la Sociologie sont devenus un mode d'action des politiques publiques et en ce sens ils requièrent une démarche ou une méthodologie particulière pour leur mise en place et leur développement.

Le même terme est donc employé pour désigner deux réalités distinctes d'un côté il s'agit d'un concept de la Sociologie ayant des vertus explicatives de l'autre côté nous avons affaire à un mode d'action publique. Dans ce texte il sera principalement question des réseaux comme mode d'action même si les deux niveaux de réalité ne sont pas totalement indépendants et nous montrerons comment ils se lient. Notre champ d'étude sera plus particulièrement celui de la santé dont une étude évaluative des réseaux de santé réalisée par l'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS)<sup>2</sup> faisait un « bilan globalement décevant » elle préconisait pourtant de « poursuivre la démarche » d'innovation. Ce paradoxe n'est qu'apparent si on conçoit cette expérimentation avant tout comme porteuse d'une stratégie de changement dans l'organisation des politiques publiques.

Le développement des nouvelles technologies a évidemment largement contribué non seulement au renouveau de l'usage de ce terme mais aussi elles ont généré, par son emploi, l'idée d'un nouveau mode d'action. Ainsi le terme de réseau, aujourd'hui extrêmement répandu, provoque, à sa seule

---

<sup>1</sup> Maître de Conférences en Sociologie, Université Bordeaux3, Laboratoire INSERM U657, Bordeaux2.

<sup>2</sup> DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C. : *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux DDR Rapport de Synthèse*, IGAS, mai 2006, p.40 et p.62.

évoquant, tout à la fois un « effet de modernisme » et, pour les acteurs, il s'impose comme une démarche obligée de résolution de problème.

En réaction aux connotations modernistes, il est fréquent d'opposer l'histoire des sociétés et d'affirmer que, naturellement, depuis que les hommes communiquent entre eux les réseaux existent. Claude Neuschwander dans son ouvrage sur les réseaux cite comme un des premiers exemples de réseau constitué la ligue hanséatique qui réunissaient les villes de la Hanse du Nord de l'Europe et organisait leurs échanges<sup>3</sup>. Plus près de nous le travail social communautaire de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle constitue également une forme de démarche de réseau entre des professionnels de l'action sociale. En réalité dès qu'un lien s'établit ou est établi, entre au moins trois éléments on peut parler de réseau, ainsi il y a les réseaux de transport, de route, du gaz, de clientèle, internet, etc. bref la question devient alors : qu'est-ce qui ne forme pas un réseau ? L'objet de la Sociologie depuis ses débuts et Geor Simmel ne contient-il pas de fait l'étude des réseaux sociaux ? On considère qu'en sociologie le réseau social commence avec les triades, le lien entre deux éléments ne constitue pas encore un réseau mais seulement une relation ou interaction. Ainsi Pierre Mercklé peut écrire : « la dyade ne saurait constituer une unité logiquement et sociologiquement supérieure à ses éléments individuels : elle reste le lieu d'une relation dont aucune relation n'est le témoin<sup>4</sup> ». Ce niveau d'analyse indique Sophie TAZE et Alexis FERRAND « relève plus de « l'interactionnisme » que de « l'interactionnisme structural » à proprement parler dans la mesure où les productions cognitives peuvent bien être expliquées par des caractéristiques de la relation entre deux acteurs, mais, pour une approche structurale, cet effet doit de plus être conditionné par l'inscription de cette relation dans un contexte relationnel plus vaste que constituent les réseaux de deux protagonistes<sup>5</sup> ».

Si la notion de « réseau social » (*social network*) fait son apparition sous la plume de l'anthropologue anglais de John A. Barnes<sup>6</sup> l'analyse de réseau est plus ancienne et on peut évoquer Levi -Strauss dans son étude sur les structures élémentaires de la parenté ou encore Jacob L. Moreno élaborant le sociogramme comme méthode d'étude des relations au sein des groupes sociaux<sup>7</sup>. Les études sur les relations de parenté par les ethnologues et les premiers sociologues du XIX<sup>e</sup> siècle montrent, s'il le fallait, que les sociologues se sont toujours intéressés à ces formes primaires ou élémentaires des relations sociales. L'opposition élaborée par Ferdinand Tonnies<sup>8</sup> à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle indique l'importance accordée aux formes traditionnelles de la vie sociale notamment sur la base des interactions sociales émergeant spontanément au sein de la parenté, du voisinage, des corporations et qui constituent justement ce que F.Tonnies appelle les relations de communauté. Celles-ci ont donc un fondement affectif et émotionnel et ces réseaux sociaux possèdent une fonction essentielle de socialisation et de contrôle social.

La *société* quant à elle est le produit de la révolution industrielle de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et des transformations politiques à savoir l'émergence de la démocratie et de l'individu économico-politique (producteur/consommateur et électeur). Le concept de *société* recouvre alors des relations sociales construites par les forces socio-économiques en présence. Ainsi les relations entre les individus sont gouvernées par le profit, la valeur, le travail, la consommation, ces contrats, des conventions. Bref les relations sociales sont le produit de la volonté réfléchie des individus et de leur organisation collective.

Il nous semble que les expressions de travail en réseau ou de démarche de réseau ou encore de création de réseaux sociaux, ne font que refléter, comme des métaphores, un problème social à

<sup>3</sup> NEUSCHWANDER C., l'acteur et le changement, Essai sur les réseaux, Seuil, Paris, p.48,1991.

<sup>4</sup>MERCKLE P., *Sociologie des réseaux sociaux*, Paris, La Découverte, Coll. Repères, 2004, p.8.

<sup>5</sup> TAZE S., FERRAND A., « Les savoirs profanes sur le sida : des incertitudes rationnelles aux incertitudes relationnelles », in *Revue Sociologie santé*, Système de santé et Discours profanes, Juin 2007, N°26, Edition Marginalités et société, Bordeaux.

<sup>6</sup> MERCKLE P., *Sociologie des réseaux sociaux*, Paris, La découverte, 2004, p.3.

<sup>7</sup> MORENO J.L., *Les Fondements de la sociométrie*, Paris, PUF, 1954, (première édition 1934).

<sup>8</sup> TONNIES F., *Communauté et Société*, Paris, Retz, CEPL, 1977, (première édition 1887).

savoir l'affaiblissement des relations sociales et des contrôles sociaux immanents à la vie sociale. En reprenant les termes de Tonnies on pourrait dire que les relations de *société* se sont imposées aux relations de *communauté*. L'invocation ou l'appel au *travail de réseau* ou *en réseau* apparaît d'une part une méthode de changement au sein des politiques publiques et, d'autre part, comme la restauration de formes de relations sociales traditionnelles au sein des communautés au moment où s'affaiblissent les relations sociétales. Ainsi, il apparaît donc indispensable pour la clarté de l'analyse de toujours distinguer entre ces deux usages de la notion de réseau, nous parlerons de *réseaux sociaux* quand il s'agira des réseaux immanents aux relations sociales et de *réseaux formels* (ou réseaux sociaux formels) pour qualifier le travail en réseau<sup>9</sup>. Dans ce dernier cas il s'agit en fait de la création d'une organisation ou de l'institution d'une action collective. Cette distinction permet d'éviter d'une part des discussions inutiles dues à l'ambiguïté du terme et, d'autre part, elle ouvre la possibilité de combiner ces deux niveaux de réalité de manière très utiles du point de vue heuristique. Enfin il est clair que nous ne considérerons pas ici le terme de réseau comme le concept d'un paradigme possible de l'analyse sociologique<sup>10</sup> mais comme un « fait social » objet d'investigation théorique d'ordre sociologique.

## **PREMIERE PARTIE : de l'émergence au « bilan décevant » des réseaux de santé.**

### **1. Le travail en réseau : un construit social.**

#### **1.1. Une définition opérationnelle**

L'usage du terme de réseau est tellement vaste et ambigu que toute action commune entre deux ou trois acteurs constitue un réseau alors la question pertinente ne serait plus : qu'est-ce qu'un réseau ? mais qu'est-ce qui n'est pas un réseau ? Pour que la notion soit opérationnelle il nous faut donc préciser la réalité qu'elle recouvre. Le terme de réseau désignait à l'origine un filet, un maillage pour devenir ensuite par analogie un ensemble de lignes entrecroisées (Larousse 1997). Il s'agit donc d'un groupe de points ou d'éléments reliés de façon aléatoire ou construite sans avoir défini au préalable un point d'entrée spécifique et obligé. On peut entrer dans un réseau de multiple façon, c'est par conséquent l'inverse du terme de filière qui suppose le passage par des étapes prédéfinies et successives reliées de manières hiérarchiques ou horizontales. Enfin le réseau ne se différencie pas fondamentalement des notions de système et de structure, elles se définissent également comme un ensemble d'éléments relié de façon non aléatoire. En fait ce terme de réseau ne pose pas de problème par la richesse de ses significations mais plutôt d'un côté par son absence de spécificité au regard d'autres termes et de l'autre côté par son emploi tellement extensif qu'on se demande ce qui ne constitue pas un réseau. On peut considérer que le système de santé par exemple est donc constitué par définition d'un enchevêtrement de réseaux formels et informels ce qu'on nomme la *démarche de réseau* serait donc tout à fait redondant avec ce qui existe sauf à considérer qu'il s'agisse de donner une autre forme aux réseaux existants.

Alors quel peut-être la spécificité du terme de réseau ? Il évoque un agencement souple des liens, une trame plutôt informelle composée de relations non hiérarchiques, en son sein nous avons affaire à des individus libres et peu contraints par la trame des liens et des normes du groupe. La démarche de réseau consisterait donc à élaborer une organisation possédant ces caractéristiques l'opposant à une organisation en terme de système, de structure et de filière qui suppose davantage de contrainte interne entre les individus.

Nous définirons donc la notion de réseau social formel comme *un mode d'action collective plus ou moins formalisé construit par rapport à un objet ou un problème identifié, qui nécessite la collaboration entre plusieurs acteurs indépendants ou non et, estimé par ceux-ci, comme étant la démarche préférable ou souhaitable pour traiter, totalement ou en partie, le problème considéré*. La valeur d'une définition réside notamment dans la possibilité de sa généralisation, il nous semble justement que ces six dimensions s'appliquent quels que soient les champs de la politique publique,

<sup>9</sup>Dans le texte nous utiliserons souvent tout simplement le terme de « réseau » pour qualifier les réseaux formels.

<sup>10</sup> DEGENNE A., FORSE M. , *Les réseaux sociaux*, A.Colin, Paris, 1994.

social, éducatif, économique, sanitaire, etc. Car la *démarche de réseau* n'est pas spécifique d'un champ d'activité particulier mais il est essentiel de noter la transversalité même de l'usage de cette notion.

Tout d'abord comme mode d'action elle repose sur des objectifs collectifs et des stratégies pour les atteindre. La constitution du réseau est d'abord un engagement de personnes à coopérer dans un cadre qu'elles définissent elles-mêmes, mais les difficultés inhérentes aux différences de cultures professionnelles, aux spécificités institutionnelles rendent complexe la cristallisation en objectifs communs la multiplicité des points de vue particuliers. Un réseau est par conséquent un espace social qui recèle de fait des sources de tensions. La coopération sera donc plus ou moins stable entre des personnes et des organisations qui négocient et échangent des ressources en fonction d'intérêt plus ou moins communs.

Seconde dimension, les réseaux sociaux formels s'inscrivent au plus dans un cadre légal ou, dans la situation minimum, ils reposent sur un accord entre les protagonistes exprimé lors de rencontres qui construisent cet engagement commun. Cette conception des réseaux suppose l'existence d'une structure organisationnelle minimale. Quel que soit l'effort accompli pour déboucher sur une démarche de fonctionnement en réseau, il est un constat incontournable qu'il ne peut pas y avoir de véritable réseau sans une coordination ou, pour le dire autrement, le réseau apparaît comme un système qui appelle une forme de *pilotage* spécifique de l'ensemble et des actions (terme qui inclue ici l'idée de co-pilotage). La démarche de négociation pour ne pas dire la gouvernance se retrouve donc au cœur de ce partenariat.

Ainsi, troisième dimension, les réseaux sociaux formels créés dans le cadre des politiques publiques se distinguent nettement des réseaux sociaux et des réseaux d'affinités totalement informels. On peut même ajouter que les deux formes ne sont pas exclusives car les réseaux sociaux construits reposent plus ou moins sur des réseaux sociaux informels déjà préexistants et d'ailleurs c'est souvent grâce à ces derniers que les premiers, les réseaux formels peuvent être construits.

Quatrièmement la construction d'un réseau formel suppose l'identification et la construction commune d'un *problème social* au sens de son emploi en sociologie politique. Quel est l'objet, comment délimiter cet objet qui requière l'intervention coordonnée de ces professionnels et de leurs institutions ?

Cette action collective, cinquième point, est mise en œuvre par des acteurs individuels et/ou des acteurs institutionnels. Aussi comme nous l'indiquerons plus loin plusieurs types de réseaux peuvent voir le jour selon les combinaisons des types d'acteurs qui y participent.

Enfin sixième et dernière dimension que nous avons retenue elle concerne la permanence des réseaux formels laquelle nécessite la construction et le renouvellement, par la négociation, d'accords sur les objectifs et les stratégies de la part des participants. En ce sens et même s'il sert à faciliter la communication, un réseau formel fait d'abord et avant tout intervenir des mécanismes de régulation micro-sociale (niveau des réseaux sociaux) entre des personnes et des institutions qui travaillent activement et collaborent afin d'atteindre des objectifs concrets.

L'analyse de cette notion laisse entrevoir que la *démarche de réseau* constitue un **paradoxe sociologique**. En effet l'usage du terme de réseau s'oppose à celui d'organisation qualifiée souvent de bureaucratique. Le *travail en réseau* transcenderait les organisations il serait même de type antibureaucratique puisqu'il se situerait à l'interface des organisations centrées sur l'objet d'intervention (le patient par exemple) et non sur le fonctionnement organisationnel, la bureaucratie, qui parasite l'efficacité de l'action. La *démarche de réseau* s'alimente des discours critiques sur les organisations bureaucratiques, les surcoûts générés par celles-ci et leur action impersonnelle. Au contraire l'action en réseau, plus souple, permet d'être à l'écoute des usagers et de leurs besoins. \_

Il n'en demeure pas moins que pour atteindre ces objectifs les professionnels doivent s'organiser et finalement construire une sorte « d'inter-structure<sup>11</sup> », c'est-à-dire d'établir des liens entre des

---

<sup>11</sup> Nous utilisons ce terme par opposition à celui de « superstructure » qui renverrait à une organisation située en surplomb des organisations existantes et en opposition également à celui « d'infrastructure » qui à l'inverse

éléments d'organisations déjà existantes. Cette démarche est aussi plus ou moins régulée par des normes, inscrite dans des lois, elle suppose les mêmes stratégies pour obtenir des financements etc. bref il s'agit d'une nouvelle organisation moins bureaucratique que celles existantes mais dont les formes sont incontestablement bureaucratiques même si elles apparaissent embryonnaires à leur commencement. Dans cette perspective ce serait davantage l'idéologie véhiculée par les acteurs du *travail en réseau*, les discours qui l'entourent, qui seraient plus importants que l'efficacité de ce mode organisationnel qui reste encore à démontrer selon les inspecteurs de l'IGAS.

Depuis le début des années 1990 de nombreux textes relatifs aux réseaux sont parus et cela peu contribuer aussi à une certaine confusion autour du terme, les modes de financement peuvent également varier au cours du temps (les réseaux ville-hôpital sont une forme différente des réseaux expérimentaux SOUBIE, lesquels se distinguent des réseaux financés par le FAQSV, puis de la DNDR, et du FIQCS etc.). C'est pourquoi il ne s'agit pas de savoir si, dans un champ particulier (santé, social, éducatif etc.), des acteurs coopèrent, car de fait il y a un minimum de coopération sinon nous serions proches du chaos dans une société aussi complexe, mais si la coopération existante doit être dépassée si on doit rechercher une efficacité supérieure. Dans ce cas l'action de réseau est d'abord une **volonté**, une impulsion donnée aux organisations, aux acteurs pour davantage de coopération entre des acteurs différents.

## 1.2. Construction des types de réseaux

Dans ces innombrables liens qui tissent l'activité des politiques publiques on doit définir quelques types de réseaux pour clarifier l'analyse et les observations. Les critères de la typologie s'appuient sur les caractéristiques fondamentales des réseaux à savoir des liens entre des acteurs. On peut donc construire cette typologie à partir des quatre grands types d'acteurs impliqués dans les réseaux, les institutions publiques, les organisations (entreprises ou associations), les professionnels et enfin les usagers eux-mêmes. Si on croise ces variables plusieurs types de réseaux peuvent être théoriquement être construit mais trois types ressortent massivement. Nous avons affaire soit à des *réseaux mono-acteurs*, un seul type d'acteur, situé sur la diagonale du tableau soit à des *réseaux pluri-acteurs* c'est-à-dire composés d'acteurs de types différents. Le troisième type possède la particularité d'être orienté spécifiquement vers la « cible », l'objet propre des organisations et professionnels. Dans le cas de la santé il s'agira du patient, dans le domaine social il s'agira des exclus etc.

	Réseaux d'institutions	Réseaux d'organisations (entreprises, associations)	Réseaux de professionnels	Réseaux d'usagers
Réseaux d'institutions (publiques)				
Réseaux d'organisations (entreprises, associations)				
Réseaux de professionnels				
Réseaux d'usagers				

positionnerait cette organisation en deçà des organisations existantes.

La proposition de création par le rapport Larcher<sup>12</sup> de « communautés hospitalières de territoire» (CHT) ou la création des communautés d'établissements de santé, destinées à accompagner les rapprochements d'hôpitaux publics et à établir des liens plus coordonnés avec les cliniques privées, constitue une forme de réseau entre des structures hospitalières et de santé sur un territoire donné. Mais cette activité de coopération ne peut pas être confondue avec celle qui consiste pour des professionnels à se coordonner directement autour du patient comme par exemple l'éventuel développement des maisons de santé. Si nous prenons l'exemple des CLIC (les centres locaux d'information et de coordination) dans le secteur de la gérontologie il s'agira d'un réseau construit autour du patient et pour la continuité de sa prise en charge.

On voit bien que ces deux types de réseau ne peuvent pas réellement être mis sur le même plan d'observation et d'analyse car ils contiennent des enjeux spécifiques et ils mobilisent des connaissances distinctes. Bien d'autres typologies pourraient être possibles, selon des critères comme l'objet (par pathologie ou encore la population), le territoire, la mutualisation des moyens, les réseaux expérimentaux etc. Mais dans cette perspective les types deviennent innombrables et l'idée même de typologie n'est plus méthodologiquement opérante. De plus ces critères ne portent pas sur le cœur de la notion mais le plus souvent sur des thématique d'activité. Cette typologie élémentaire montre le risque d'émergence de nouveau cloisonnement entre les types de réseaux<sup>13</sup> ! L'usage courant de l'expression de « réseau de santé » concerne les réseaux construits autour du patient et plus rarement les coordinations entre les institutions et les organisations sanitaires. L'analyse suivante portera donc sur ce type de réseau de santé construit pour la prise en charge des patients.

## **2. Contexte historique d'émergence des réseaux sociaux formels :**

### **2.1. Une réponse politique à l'urgence sociale**

Si les réseaux de santé se créent en grand nombre après le milieu des années 1990 on peut situer le développement de cette nouvelle démarche à la fin de l'année 1981 et dans le champ des politiques social. En effet l'urgence en cette fin du XXème siècle est constituée par le chômage des jeunes et la question de leur insertion devient alors un problème social crucial. C'est le rapport du Professeur Bertrand Schwartz<sup>14</sup> qui constitue la première mise en forme de la démarche du travail en réseau et les PAIO, (Permanence d'Accueil d'Information et d'Orientation), en représente la forme la plus idéale. Il n'est pas inutile de présenter succinctement les principes de celles-ci car on les retrouve finalement, plus ou moins, dans toute démarche de réseau.

Dans le contexte nouveau de l'époque il s'agit de répondre à des situations de plus en plus complexes de la jeunesse. Les seuils dans le parcours des jeunes se décalent de manière importante. Après leur formation une grande partie ne trouvent pas un emploi immédiatement comme antérieurement. Dans cette situation instable ils aspirent cependant à un logement autonome mais n'en ont pas les ressources financières, des décalages apparaissent de plus en plus entre l'inadaptation de leur formation et les emplois nouveaux, la pauvreté des jeunes s'accroît, bref il y a une demande sociale croissante provenant des populations jeunes.

---

<sup>12</sup> LARCHER, G. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, 10 avril. 2008. Voir aussi le projet de loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » octobre 2008.

<sup>13</sup> Le législateur doit parfois prendre des décisions de simplification par exemple cette ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé : « S'agissant des coopérations, le groupement de coopération sanitaire (G.C.S.), qui vise à faciliter, améliorer et développer les coopérations entre établissements et la prise en charge des patients, devient l'outil de référence. Il n'est plus limité aux seuls établissements de santé mais s'ouvre aux professionnels libéraux et aux établissements médico-sociaux. Il peut ainsi réaliser ou gérer pour le compte de ses membres des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques, tels les blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur. Le G.C.S. peut également constituer un réseau de santé. »

<sup>14</sup> SCHWARTZ B., *L'insertion professionnelle et sociale des jeunes*, rapport au Premier ministre, la documentation française, 1981).

Dès 1982, dans le champ de l'action sociale, au sens large, la démarche de réseau a été instaurée au cœur des nouveaux dispositifs des politiques publiques et en particulier concernant les problèmes sociaux des jeunes. Dans cette période l'approche de ces problèmes change de perspective, on passe d'un découpage des problèmes sociaux en objets spécifiques (formation, délinquance, logement etc.) à une construction globale de ceux-ci. On assistera alors à la première forte institutionnalisation de cette démarche de réseau au sein des nouveaux dispositifs<sup>15</sup>.

Les PAIO sont conçues un lieu d'accueil des usagers avec des professionnels divers qui analysent la demande sociale et oriente les usagers vers les institutions les plus indiquées pour élaborer la réponse pertinente. Dans cet exemple pour accueillir les jeunes on trouvera dans la PAIO des professionnels provenant d'institutions différentes concernées à un titre ou à un autre par l'insertion socioprofessionnelle des jeunes : l'éducation nationale (formation), l'ANPE (emploi), l'action sociale (Logement, santé), et souvent du personnel municipal. La démarche de réseau consiste à rassembler en un même lieu des professionnels provenant de différentes institutions concernées par un aspect, complémentaire, d'un même problème à savoir l'insertion professionnelle des jeunes. L'originalité du dispositif réside dans le fait que ces personnels sont mis à disposition par leurs institutions d'appartenance pour exercer leur activité dans un nouvel espace commun. Ce dispositif réalise le décloisonnement des organisations et souvent les bureaux sont mis à disposition par les mairies. Ce qui est fondamental ici réside dans le fait que cette nouvelle organisation se fait **sans coût supplémentaire**. Autrement dit la démarche de réseau permet de réaliser des économies ou de proposer une prestation nouvelle ou supplémentaire quasiment au même coût.

## 2.2. Les réseaux de santé

Dans le secteur de la santé c'est réellement au début des années 1990 que la démarche de réseau va se développer. Cependant il est utile de considérer les prémisses de cette émergence en particulier dans les années 1980. Quand on évoque l'histoire des réseaux de santé on cite traditionnellement les réseaux de lutte contre la tuberculose mis en place en 1914 et les « réseaux sanitaires spécialisés » créés au moment de la mise en place de la sécurité sociale en 1946 pour lutter contre les « fléaux sociaux » (alcoolisme, maladie mentale, maladies vénériennes, cancer... ) Et c'est avec la loi de janvier 1983 sur « les réseaux de soins de santé coordonnés » que ce mode d'organisation des soins est réellement encouragé<sup>16</sup>. Ils s'inspirent des HMO américains (Health Maintenance organization) qui sont définis comme « une structure de regroupement des professionnels de santé, animée par le médecin de famille et choisie par le malade, qui dispense la totalité des soins requis par une population d'adhérents quantitativement définie »<sup>17</sup>.

Cependant, en France, la démarche des réseaux de soins demeure à l'état d'un projet idéal d'organisation nouvelle du système de santé<sup>18</sup> jusqu'en 1991. L'urgence créée par la montée en charge de l'épidémie de SIDA, conduit le Ministère de la Santé, par une circulaire, à soutenir fortement la création des réseaux « ville-hôpital ». Cette démarche sera rapidement institutionnalisée par les ordonnances d'avril 1996 sur le système de soins et des financements spécifiques viendront renforcer les projets de création de réseaux de santé.

A la sortie des services hospitaliers spécialisés la prise en charge des patients supposait non seulement une coordination entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, mais aussi une prise en compte globale des problèmes sociaux du patient. Deux circulaires, en 1991 celle créant le réseau ville-hôpital et en 1993 avec la mise en place des réseaux « toxicomanies », ont contribué à

<sup>15</sup> On peut citer à titre d'exemple, les contrats de quartier, les Missions Locales, les Conseils Communaux de Prévention de la Délinquance, le Développement Social Quartier avec son dispositif de Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale, etc.

<sup>16</sup> VINAS J.M., *L'avènement des réseaux de la tuberculose aux ordonnances de 1996*, Actualité et dossier en Santé publique, N°24, septembre 1998, p.13-14.

<sup>17</sup> LAUNOIS R. « Les Réseaux de Soins Coordonnés », *Gestions Hospitalières*, n° 250 – novembre 1985.

<sup>18</sup> GIRAUD et LAUNOIS *Les réseaux de soins, Médecine de demain*, Paris, Economica, 1985.

LAUNOIS R.J., MAJNONI d'INTIGNANO B., RODWIN V.G., STEPHAN J.C. « Les réseaux de soins coordonnés (RSC) : proposition pour une réforme profonde du système de santé », *Revue Française des Affaires Sociales*, 1985, N°1.

institutionnaliser cette démarche<sup>19</sup>. Cette première étape sera ensuite suivie par plusieurs circulaires qui l'étendront à d'autres pathologies ou populations (hépatite C en 1995, alcoolisme en 1995).

L'ordonnance de 24 avril 1996 (Titre III coordination des soins) portant réforme de l'hospitalisation publique et privée va consolider du point législatif cette notion, pour l'inscrire dans le code de la Sécurité Sociale (art.162-31-1) et dans celui de la Santé Publique (art.6121-5). Puis récemment la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, complétée par les deux décrets sur le financement des réseaux et sur les critères de qualité viennent confirmer la place de la démarche de réseau au sein de la politique publique de santé<sup>20</sup>. Ils prévoient notamment le financement des réseaux par une enveloppe spécifique (dotation nationale de développement des réseaux) sur décision conjointe du Directeur de l'URCAM et de l'ARH.

Une dizaine d'année après les premières circulaires sur la démarche de réseau, celle-ci n'est plus considérée comme étant de l'ordre de l'expérimentation, mais elle devient un dispositif généralisé au sein du système de santé ; elle ne concerne plus des pathologies ou des populations particulières mais a priori l'ensemble des activités sanitaires et de soins peut être organisé au sein d'une démarche de réseau. Les réseaux sont constitués par une diversité de professionnels de la santé, privé et public, du secteur médico-social et social, sans oublier la participation des représentants des usagers<sup>21</sup>.

### 2.3. Un bilan peu satisfaisant

Il est intéressant de considérer précisément le bilan réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales<sup>22</sup> en mai 2006 car il constitue une analyse évaluative globale sur le territoire national 10 ans après la période de développement des réseaux. Ce bilan s'avère plutôt sévère et globalement très critique. Concernant le copilotage national et régional entre les différentes administrations les évaluateurs relèvent le « foisonnement de procédures largement bureaucratiques », « l'absence de capitalisation de l'expérience acquise » et « le copilotage qui s'est le plus souvent réduit à la définition des arrêtés ».

L'évaluation de l'action des réseaux conclue également à un « bilan globalement décevant » et l'analyse par type de réseaux confirme l'appréciation globale. Seul quelques réseaux, comme les «réseaux diabète » échappent à cette critique ayant montré quelques impacts positifs sur l'état de santé des personnes prise en charge. Les auteurs de l'évaluation considèrent qu'en terme de services médical ou médico-social rendu « rare sont les indicateurs permettant de mesurer l'impact pour les personnes malades ».Aucune preuve de « l'amélioration des relations entre professionnels de ville et établissement de santé n'a été apporté », l'implication des médecins généralistes libéraux dans les

<sup>19</sup> Circulaire DGS/DH N°612 du 4 juin 1991 et la circulaire DGS/DH N°93-72 du 9 novembre 1993.

<sup>20</sup>Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L.162-43 à L.162-46 du code de la sécurité sociale. Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L.6321-1 du code de la santé publique.

<sup>21</sup>La loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 donne la définition suivante des réseaux :

« Art. L. 6321-1. - Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

« Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

« Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité, ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixées par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie, ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale ».

<sup>22</sup> DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C. : Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux DDR Rapport de Synthèse, IGAS, mai 2006.

réseaux reste très faible. L'intérêt médico-économique n'est pas certain car « les coûts de ces dispositifs semblent élevés »<sup>23</sup>

Si du point de vue médico-économique, de l'innovation sur l'offre de soin ou encore du service médical rendu l'impact n'est pas probant, peut-on observer des bénéfices secondaires sur les cultures professionnelles, les modes de coopération, sur les pratiques professionnelles, il semble que, « sans minimiser leur intérêt potentiel, ils sont difficiles à objectiver »<sup>24</sup>. Ainsi, les auteurs de ce rapport d'évaluation sur les réseaux de santé financé par le FAQSV et la DRDR<sup>25</sup>, concluent « qu'au total la plus value effective du réseau pour le patient a rarement été démontrée ».

Le bilan de cette action publique est donc très décevant et devrait logiquement conduire à mettre un terme à cette expérience. Mais les auteurs proposent au contraire de poursuivre l'expérience car les réseaux sont jugés « potentiellement intéressants comme en témoignent les quelques réussites ponctuelles » concernant l'amélioration de la prise en charge des patients et le suivi des pratiques relatives aux référentiels. Aussi les auteurs proposeront comme mesure : « de fusionner les deux fonds et de rénover le pilotage d'un nouveau fond unique en passant d'un accompagnement bureaucratique à un accompagnement sur le contenu du projet et de mettre en oeuvre une politique redéfinie par type de réseaux »<sup>26</sup>.

Ces recommandations ont été suivies d'effet avec la création du FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2007 qui fusionne les deux fonds précédents le FAQSV et la DRDR. Il répond à une simplification administrative en rassemblant sous un interlocuteur unique les différentes missions, accompagner le réseau qui se crée, suivi annuel du réseau, évaluation au bout de trois ans. Les objectifs des réseaux de santé sont clairement affirmés : permettre dans un contexte de spécialisation et de complexité croissante une meilleure coordination des professionnels autour du malade, mieux articuler au service du patient le travail des différents acteurs de la santé et rechercher l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité des modes de prises en charge des malades ainsi que d'optimisation des ressources.

## **DEUXIEME PARTIE : la démarche de réseau : de l'urgence à l'action stratégique**

### **1.1. Trois étapes dans le développement de la démarche de réseaux**

Un bref retour sur les 25 années écoulées depuis la première loi sur les réseaux en janvier 1983 laisse apparaître trois périodes bien distinctes. Une première étape pendant laquelle l'idée est plutôt rejetée dans le champ médical, une seconde période de diffusion chez les professionnels et la troisième période celle de la consolidation institutionnelle.

Les années quatre vingt sont marquées par le développement de cette démarche dans le secteur des politiques sociales mais dans le champ de la santé il ne se passe rien, cette idée ne se diffuse pas et n'est pas reprise par les acteurs et elle sera même délaissée par les décideurs politiques. Comment expliquer ce peu d'engouement pour les réseaux de santé dans les années 1980 ? Tout d'abord les promoteurs de l'époque, des économistes pour la plupart parlent de *réseaux de soins coordonnés* (RSC) et ils les présentent comme une nouvelle organisation du système de santé pouvant répondre aux contraintes budgétaires nouvelles auxquelles doit faire face l'Etat.

Dans un contexte politique où la maîtrise des dépenses publiques devenait un des objectifs centraux des politiques, il apparaissait alors aux professionnels que les auteurs visaient essentiellement la réduction des coûts à travers cette nouvelle organisation du système de santé. Ils s'inspiraient du modèle des HMO (Health Maintenance Organization) américains créés après la crise des années

---

<sup>23</sup> Ibid. p.40-42.

<sup>24</sup> Ibid. p.42.

<sup>25</sup> Ibid. p.50.

<sup>26</sup> Ibid. p. 64.

1970. Ce système fonctionne avec des réseaux de soins proposant une prise en charge globale des patients et le réseau recouvre à la fois la fonction de financeur et celle de producteur de soins. Les HMO constitue une structure complète et coordonnée des soins qui devaient permettre de maîtriser et de restreindre les coûts médicaux tout en produisant des soins de qualité au meilleur coût<sup>27</sup>. Cette idée de réseau de soins et de filière de soins était inacceptable à cette époque et même 10 années plus tard avec la notion de *médecin référent* car elle constituait une sorte de révolution culturelle dans le milieu professionnel médical.

Il faudra attendre le tout début des années quatre vingt dix et la situation d'urgence créée par le problème du SIDA et de la toxicomanie qui exigera un engagement important des professionnels de secteurs distincts, médical et social, contraints par les difficultés de ces problèmes de collaborer entre eux. Il devenait donc aisé pour l'Etat de donner un cadre législatif à ce qui était en train de se développer et qu'il avait lui-même souhaité 10 ans auparavant<sup>28</sup> ! C'est ainsi que très rapidement suivront des circulaires pour la création de réseaux du même type concernant la toxicomanie, l'alcoolisme, et l'hépatite C. Les ordonnances d'avril 1996 conforteront les promoteurs de réseaux dans tout le champ de la santé, on relèvera cependant que les textes parleront de *filières de soins* et de *réseaux de soins*<sup>29</sup> mais en aucun cas de réseau de santé. Il faudra attendre la loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 pour voir consacré la notion de *réseau de santé*<sup>30</sup>.

Troisième étape, à partir de la fin des années 1990 et début des années 2000, avec de nouveaux textes législatifs, une dotation nationale spécifique pour les réseaux de (DNDR) l'Etat donnera un élan à la création et la consolidation des réseaux de santé tout en encadrant davantage leur fonctionnement. C'est la période d'une convergence d'intérêt et d'une collaboration fructueuse entre les acteurs professionnels et les administrations pour la création des réseaux de santé. On voit d'ailleurs se développer les fédérations régionales des réseaux de santé ainsi qu'une Coordination nationale des réseaux.

## **2. Le réseau comme mobilisation sociale et moyen de changement négocié.**

Les résistances que soulèvent les réformes du système de santé conduisent les responsables politiques à une institutionnalisation progressive de la démarche de réseau, elle accompagne le mouvement et la mobilisation des « acteurs de terrain », professionnels de santé et autres pour répondre à des problèmes de santé non couverts par l'organisation existante ou des dysfonctionnements. Ces réseaux reposaient donc pendant leur période initiale sur l'engagement de volontaires et de bénévoles afin d'assurer l'accès aux soins de personnes en difficultés sociales ou la prise en charge de l'urgence sanitaire ainsi que les difficultés de coordination naissantes par

---

<sup>27</sup> La mise en place de ce système suppose d'autres instruments comme des outils d'évaluation de l'action médicale pour comparer la qualité des prestations, des référentiels de bonnes pratiques etc. (rapport entre le service au meilleur coût) qui n'existaient pas en France dans les années 1980 et qui commence tout juste à se diffuser.

<sup>28</sup> Il est intéressant de noter dans certains écrits provenant notamment de professionnels mais aussi des sociologues politiques, l'idée selon laquelle les réseaux seraient partis des acteurs professionnels qui auraient contraint les acteurs politiques à institutionnaliser cette forme d'action. Ils seraient un exemple de la construction des politiques publiques « par le bas » en opposition à la politique publique décidée « par le haut ». Cette illusion a au moins le mérite de soutenir l'engagement des acteurs dans cette démarche.

<sup>29</sup> L'article 6 de l'ordonnance d'avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins qui introduit l'article L.162-31-1 du code de la Sécurité Sociale donne la définition suivante :

" Des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir..., des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins, ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention. Ces actions peuvent consister à mettre en oeuvre :

1. **Des filières de soins** organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins ;

2. **Des réseaux de soins** expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de "pathologies lourdes ou chroniques" ;

3. Tous autres dispositifs répondant aux objectifs énoncés au premier alinéa. »

<sup>30</sup> Voir note 19.

rapport à des maladies spécifiques. Très vite les professionnels vont s'organiser eux-mêmes en réseau au niveau régional et national

Créée en 1997 la CNR (Coordination Nationale des Réseaux) est une émanation des réseaux de santé et elle est administrée par des représentants de ceux-ci<sup>31</sup>. Il est intéressant de relever qu'elle a été créée après les premiers textes législatifs et en particulier les ordonnances d'avril 1996, lesquelles employaient indifféremment les termes de réseau de soins et de filières de soins organisés à partir du médecin généraliste. Cette conception, qui avait finalement comme objectif une organisation plus rationnelle du système de soins, s'opposait à la pratique au sein des réseaux déjà existants, centrés sur la personne. La création de la CNR constitue donc un rassemblement de réseaux dans le but de préserver une certaine orientation de la démarche des professionnels déjà engagés dans cette voie. Ainsi ses deux premières missions ont consisté d'une part, dans la promotion du concept de « réseau de santé » et d'autre part, dans le développement de négociations avec les instances nationales. Les fédérations de réseau de santé se sont ensuite constituées, lors du congrès des réseaux en janvier 1999. Seulement 2 fédérations régionales existaient, en 2001, 11 fédérations avaient été créées et dans les autres régions des réseaux participent à l'action nationale de la CNR. La mobilisation autour de cette démarche a donc été importante dans les années 1997-2005.

Mais cette coopération entre les administrations et la Coordination allait se tendre et après la publication des deux décrets à la fin de l'année 2002 sur les réseaux de santé, le communiqué de presse de la CNR, rappelait la nécessité de défendre le réseau de santé comme une démarche spécifique dans laquelle il "n'est pas l'effecteur des politiques de santé des institutions, il est un nouveau mode d'organisation des professionnels des champs médicaux et sociaux pour apporter des réponses plus pertinentes aux personnes malades<sup>32</sup>». Par la suite les subventions accordées par le ministère pour les activités de la Coordination Nationale des Réseaux ont été considérablement réduites. Même si la loi de 2002 parle de « réseau de santé » et non de « filière de soins » il semble que l'ambiguïté entre ces deux notions ne soit pas levée et nous postulons que cette ambiguïté constitue quelque chose **d'indicable** pour que la démarche de réseau soit poursuivie.

Avec la naissance du nouveau fonds de financement des réseaux le FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) et le projet des ARS (Agence Régionale de Santé) on observe, comme il y a une dizaine d'années, la création d'un nouveau regroupement au niveau national des réseaux de santé appelé *l'Union Nationale des Réseaux de Santé*<sup>33</sup>(UNRS).

Le bilan décrit par les évaluateurs des réseaux de santé en 2006 est négatif par rapport aux objectifs qu'ils attribuent à cette forme d'action. Mais il possède « un potentiel » qui a incité les évaluateurs de l'IGAS à proposer de conserver ce mode d'action. Quel est donc ce potentiel ? Pour le percevoir il faut resituer la démarche de réseau dans le processus d'ensemble de réforme du système de santé ce qui suppose de ne pas perdre de vue la dimension historique récente. Le « potentiel » de la démarche de réseau réside dans l'idée **d'extériorité** vis à vis des organisations existantes lesquelles sont considérées comme étant marquées par la routine, la rigidité etc. Cette extériorité confère **de fait** à la notion de réseau cette connotation de pratique innovante et l'innovation bouscule l'existant qui s'enferme dans la tradition.

### 3. les réseaux de santé comme atout stratégique du changement du système

<sup>31</sup> Sur les objectifs de la CNR on peut consulter le document : *Projet 2001 des réseaux*, CNR [www.cnr.asso.fr](http://www.cnr.asso.fr).

<sup>32</sup> Communiqué de presse de la CNR décembre 2002.

<sup>33</sup> L'Assemblée Générale Constitutive de l'UNRS a eu lieu le 2 décembre 2008 à Paris. L'un des objectifs sera « d'être une force de proposition, en animant une réflexion sur le drôle des réseaux dans l'organisation de soins ; un instrument de représentation et de dialogue avec les institutions politiques et administratives, les organisations professionnelles de la santé, ainsi qu'avec les associations de patients que nous reconnaissons comme interlocuteurs privilégiés. » Le Comité d'Initiative de l'UNRS, *Manifeste pour une Union Nationale des Réseaux de Santé*. On notera à nouveau que comme pour la CN, l'UNRS est un regroupement qui se crée après un texte législatif qui modifie le fonctionnement antérieur des financements des réseaux de santé. Et non l'inverse, le texte législatif n'est pas l'aboutissement d'un mouvement de mobilisation préexistant.

### 3.1. Le changement par la construction de situation irréversible

Dans le cadre de l'objectif général de maîtrise des dépenses de santé tout en maintenant la qualité des soins, sinon en l'améliorant, la démarche de réseau ne peut constituer pour les évaluateurs et les décideurs politiques un coût supplémentaire. On peut même ajouter qu'elle doit permettre de réduire les coûts, d'améliorer le service rendu en augmentant la performance organisationnelle. La démarche de réseau repose donc sur l'idée sous-jacente que l'amélioration de l'offre de soins peut être poursuivie par l'obtention de gains de productivité au niveau organisationnel en favorisant un agencement plus rationnel des éléments du système. Autrement dit il s'agit de construire un nouveau mode de coopération entre les différents acteurs plus efficient ou avec moins de déperdition d'énergie (de coûts) dans des parcours et des circuits organisationnels et inter-organisationnels.

La démarche de réseau de santé doit donc permettre une augmentation de la productivité en gagnant du temps de travail, une diminution des coûts en réduisant la consommation de soins, une plus grande intégration du système de santé qui doit diminuer les coûts de transaction dus aux échanges entre les professionnels et la circulation erratique des patients au sein du système.

Mais à priori la construction d'un réseau est inflationniste du point de vue des comportements de consommation de soins car en développant la proximité des professionnels de santé autour du patient on l'incite à consommer davantage de prestations de santé. Le terme de réseau désignait à l'origine un filet, un maillage pour devenir ensuite par analogie un ensemble de lignes entrecroisées. Il s'agit donc d'un ensemble de points ou d'éléments reliés de façon aléatoire ou construit sans avoir défini au préalable un point de passage obligé, on peut entrer dans un réseau par plusieurs points. A l'évidence on utilise un terme qui correspond à l'inverse des objectifs recherchés puisqu'il s'agit au contraire de contrôler et de coordonner les entrées et les parcours dans le système de soins pour réduire les coûts.

De plus, comme nous l'avons indiqué plus haut, il s'agit d'un paradoxe sociologique à savoir que pour réduire le « cloisonnement » et la bureaucratie organisationnelle on crée de nouvelles organisations. Bien que défini comme une organisation souple, selon les promoteurs, le réseau de santé constitue néanmoins une organisation, sa mise en œuvre exige du temps de professionnel et, probablement, selon les évaluateurs de l'IGAS cette démarche n'a pas contribué à la maîtrise des coûts. Quel est donc ce « potentiel » qui, selon les mêmes auteurs, peut justifier leur maintien ? Ils semblent conçus comme un investissement pour une meilleure maîtrise des dépenses dans l'avenir puisque l'objectif est celui d'une généralisation de cette expérimentation innovante.

La réponse est contenue dans l'ambiguïté même de la notion : **son contenu correspond en réalité au terme de filière**. En effet comment la coordination entre les acteurs, professionnels et patients, dimension centrale de la démarche de réseau peut-elle se faire à l'intérieur de cette multiplicité d'interactions sociales ? Car la coordination suppose l'existence d'un coordinateur pour que les comportements ne se produisent pas de façon erratique. Par conséquent un réseau de santé suppose de fait une organisation hiérarchique et l'idée de parcours renvoie naturellement à un avant et un après préalablement construit. Il existe une linéarité dans le déroulement de la prise en charge. Alors le terme de **filière de soins** correspond mieux à l'objectif recherché à travers l'expérience des réseaux.

Les systèmes de santé et de protection sociale sont l'objet d'études approfondies et de comparaisons internationales<sup>34</sup>, le pari sur « le potentiel » des réseaux de santé doit être compris dans ce contexte comparatif des différentes alternatives systémiques. Les réseaux de santé français demeurent encore en deçà des modes de coordination des soins qu'on peut observer dans les systèmes étrangers au sein desquels un acteur, souvent le médecin généraliste, assure cette fonction de coordination et le réseau étant rémunéré pour cet acte et non le professionnel de manière individuelle. Le « réseau de santé » contient un « potentiel » d'innovation systémique car il est sous-tendu par deux dimensions

<sup>34</sup> Voir à titre d'exemple les quatre volumes de la MIRE et de la DREES : *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Paris, 1995 - 1999.

longtemps **indicibles** à savoir la mise en place de filières de soins et le passage du paiement à l'acte au paiement au forfait.

La notion de « réseau de santé » est l'expression acceptable par tous les acteurs pour parler des changements au sein du système de santé, pour mobiliser des acteurs dans cette dynamique. Son usage, en tant que tel, diffuse l'idée même du changement indispensable, celle d'introduction d'innovations au sein du système de santé. C'est une notion qui véhicule avec elle d'emblée des connotations positives, la thématique des discours est toujours dualiste: le décroisement est préférable au cloisonnement, la coopération au conflit, la coordination au désordre, la proximité auprès du patient est davantage souhaitable que la distance, etc. Comment pourrait-on être contre un tel projet !

Le développement de ces expériences doit finalement aboutir à la réalisation de deux objectifs initiaux de la réforme du système de santé concernant les soins de base d'une part l'instauration du médecin généraliste comme le pivot de la coordination des soins à l'entrée du système et l'orientation et, d'autre part, le paiement au forfait qui peut être expérimenté dans le réseau de santé<sup>35</sup>. Le recul historique que l'on peut avoir aujourd'hui après 25 années de réformes nous montre que le processus de changement possède une direction stratégique. Par exemple le projet de « médecin référent » était prévu dans les ordonnances d'avril 1996, bien qu'il soit facultatif il a soulevé de nombreuses oppositions de la part des professionnels. Mais une dizaine d'années plus tard, sous l'expression de médecin traitant, il a pu être imposé sans grande difficulté.

La coordination du parcours des patients prévoyait aussi la mise en place du carnet de santé, ce dossier rassemblant pour chaque usager l'ensemble des actes, prescriptions et hospitalisations permettant ainsi une synthèse des informations sur le patient et de suivre son parcours de santé. Mais les deux tentatives pour son instauration en 1993 et avec les ordonnances de 1996 furent des échecs retentissants. Mais aujourd'hui le projet de Dossier Médical Partagé (DMP) commence à se mettre en place. On peut noter que les résistances des professionnels soulevées il y a dix ans par le projet de carnet de santé, se sont nettement affaiblies. Cela s'observe à partir des conditions administratives requises pour recevoir l'agrément et bénéficier des financements au titre de « réseau de santé », une des conditions, par exemple, consiste à développer un « dossier médical partagé »<sup>36</sup>. On le voit la démarche de réseau construit des situations dans lesquels sont introduits des éléments (R.C.P- réunion de concertations pluridisciplinaires-, référentiel de pratiques et de standardisation Le partage de l'information et les modalités d'échange des données médicales, l'éducation thérapeutique du patient, D.M.P..) qui ensuite agencés, structurés, constituent une véritable forme organisationnelle intermédiaire des soins primaires<sup>37</sup>.

### **3.2. La proximité comme accompagnement indispensable des conséquences des réformes.**

Les objectifs des réseaux de santé ont été précisés à nouveau par la circulaire de la DHOS du 2 mars 2007 autour de quatre objectifs, il s'agit :

<sup>35</sup> Comme le souligne l'économiste Fanny Pelissier si « la tarification à l'acte [est] garante d'une certaine qualité [elle] présente le risque d'une multiplication des actes préjudiciable à toute tentative de maîtrise des dépenses de santé. Aussi, la possibilité de rémunérer différemment les professionnels de santé, sur la base d'un forfait via la dotation régionale de développement des réseaux constitue un progrès du point de vue de l'efficacité des réseaux ». PELISSIER F., *Le réseau en santé et l'assurance maladie*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Dijon, 292p. sous la direction de Mme Maryse GADREAU Professeur à l'Université de Bourgogne.

<sup>36</sup> Voir les indications de l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) et de L'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) qui délivraient l'agrément et les financements.

<sup>37</sup> La démarche de réseau est aussi une forme d'expérimentation des idées de réformes, une forme de test en vraie grandeur de nouvelles approches. Il permet d'expérimenter par exemple la rémunération au forfait et de contractualiser avec les professionnels tant sur les objectifs de qualité des pratiques que des objectifs de régulation des dépenses. Ces expériences sont réalisées dans le cadre de ce « fonds » c'est à dire d'un budget dédié et donc limité à une enveloppe pré-définie.

- d'assurer la prise en charge globale du patient et le décloisonnement des professionnels ;
- de garantir au patient la qualité, la sécurité et la continuité des soins ;
- de s'inscrire en cohérence avec les objectifs de la réforme de l'assurance maladie ;
- de répondre aux besoins identifiés au sein d'un territoire.

Dans le récent projet de loi *hôpital, patients, santé et territoires* présenté à la presse on retrouve les axes de travail des réseaux de santé notamment : la coopération entre professionnels de santé, le renforcement des professions paramédicales dans le système de santé, le renforcement de la politique de proximité où les maisons de santé seront "l'ossature du système de santé de demain". Dans cette réforme les Agences Régionales de Santé (ARS) qui seront créées en réunissant les moyens de l'Etat et de l'Assurance maladie au niveau régional, devrait permettre une simplification des processus décisionnels et constituer le centre de pilotage du système de santé local.

Dans cette énumération des objectifs on perçoit bien les préoccupations des réformateurs du système de santé : est-ce qu'avec les réformes engagées **tous** les usagers sur un territoire donné recevront une prestation de qualité, sûre, continue couvrant leurs besoins ? Autrement dit la proximité du système de santé devient un problème du fait de la restructuration du tissu hospitalier, de la répartition géographique des professions médicales etc.

Nous retrouvons alors la notion traditionnelle de réseau celle qui consiste dans la mobilisation de toutes les ressources pour répondre à ce problème nouveau. Ce n'est pas tant la dimension de filière qui compte ici mais celle de « maillage », comment faire en sorte que dans une situation de diminution des ressources et des lieux de prestations les individus reçoivent malgré tout la même qualité de service ? On retrouve la définition du réseau comme communauté de F.Tonnies, il s'agit de mobiliser les ressources humaines professionnelles et de la *communauté* du patient pour assurer la continuité des soins et la prise en charge médico-sociale du patient. La démarche de réseau peut être considérée dans ce cas comme un moyen de restauration des solidarités communautaires traditionnelles et de proximité.

Les réseaux devront développer une approche globale du patient mais la profusion de réseaux par pathologie ou par population, en se situant du point de vue du généraliste, constitue une nouvelle difficulté. Car s'il était amené à appartenir à plusieurs réseaux, oncologie, addiction, diabète, etc.. surajoutera une superstructure organisationnelle à son activité habituelle. Ce risque a déjà été envisagé par les auteurs du rapport de l'IGAS et c'est pourquoi ils souhaitent que soit favorisé des formes d'expérimentation d'exercice professionnel plus intégré regroupant des professionnels de santé de premier niveau ou de soins primaires « sous forme de cabinet de groupe ou de maison de santé pluridisciplinaire »<sup>38</sup>. Dans ces maisons de santé l'orientation pourra ensuite se faire vers les autres secteurs du système de santé selon la pathologie. C'est en fait le réseau qui sera en quelque sorte lié au filière spécialisé et non le généraliste en tant que tel ce qui serait insurmontable du seul point de vue du temps de travail.

On perçoit que la démarche de réseau qui se dessine préfigure une réorganisation future du système de santé assez fondamentale avec notamment des regroupements de professionnels de plusieurs disciplines, paramédicale, médico- sociale. Avec les réseaux de santé on peut en effet envisager d'expérimenter une organisation de base tout à fait nouvelle du système de santé, ils seraient comme une porte d'entrée du système de santé regroupant une grande diversité de fonctions. Le dispositif étant pluridisciplinaire on devrait, par exemple, pouvoir envisager des délégations de tâches entre des professions médicales, para-médicales voire médico-sociale. Ces maisons de santé ou cabinet de groupe permettraient un rassemblement des fonctions médicales, (coordination de prise en charge, suivi du parcours des patients, évaluation etc.) la mise en œuvre de fonctions communes (logistiques, administrative, médico-administratif..) Ce type d'organisation permettrait de répondre aux problèmes que nous évoquons à savoir la multiplication des réseaux. Dans cette formule c'est la structure qui est intégrée à plusieurs réseaux par pathologie ou par population. Ces maisons de santé ou cabinet de groupe pourront contractualiser avec les instances de gestion,

<sup>38</sup> Op.cit. Rapport IGAS, 2006, p.72.

comportant des modalités d'incitation au respect des critères de qualité des soins et de maîtrise des coûts et des mécanismes d'intéressement financier aux résultats obtenus.

## **Conclusion**

Le système de santé est soumis à des réformes constantes, les éléments du système sont recomposés en permanence depuis une vingtaine d'années. Aussi les formes de coordinations entre les acteurs requièrent de leur part des adaptations continues, les réseaux de santé suscitent et accompagnent à la fois les recompositions relationnelles entre les acteurs professionnels au sein du système de santé. Ils constituent en tant qu'action expérimentale un atout stratégique favorisant de nouvelles formes de coopération et de recombinaison à l'intérieur des différents secteurs du système de santé. L'usage de la notion de réseau reçoit un consensus assez large car elle est accompagnée de connotations positives et, aussi, elle contient en elle-même des dimensions différentes (filière de soins et maillage d'un territoire) qui peut rassembler des acteurs aux points de vue auparavant opposés.

La démarche de réseau consiste dans l'emploi d'une ressource nouvelle qui était à l'état informel et en partie du domaine privé des individus, à savoir la diversité de leurs liens sociaux, pour l'action réformatrice des organisations<sup>39</sup>. Ces liens sociaux individuels sont utilisés comme nouvelles ressources économiques ou politiques à l'instar de la notion de *compétence* qui consiste dans l'utilisation de la subjectivité et des relations de l'individu pour augmenter la productivité de son travail. Dans le cas de la démarche de réseau il s'agit de valoriser les liens sociaux des individus et de mobiliser leur capital social comme des ressources pour changer l'organisation formelle. Cette forme d'action est balisée par une structure formelle minimale, par exemple les acteurs travaillant sur la base des chartes, de conventions, qui supposent une forte intériorisation des normes ou des règles à l'inverse du contrat et des systèmes bureaucratiques qui visaient à définir préalablement l'ensemble des comportements des acteurs de façon la plus rationnelle par rapport aux objectifs.

---

<sup>39</sup> En fait cette démarche n'est pas différente de ce que l'on peut observer dans le domaine marchand elle peut être employée pour améliorer la conquête de marché ou encore dans l'action de politique électorale pour obtenir de nouvelles adhésions ou soutiens.