
Réseaux de soins : réforme ou révolution ?

Pascal Bonafini

Résumé

L'usage enthousiaste, voire immodéré, du vocable de réseau par les acteurs de la santé ces dernières années peut amener l'observateur à un sentiment ambivalent conduisant à apprécier en premier lieu la dynamique incontestable de ce concept, mais également à s'interroger sur son contenu véritable, et surtout quant à sa possible portée dans la perspective d'évolution de l'organisation de notre système de santé.

Il est clair que cette effervescence révèle également une grande confusion et l'on peut tenir la période présente comme critique quant aux évolutions envisageables : les réseaux de soins sont-ils voués à l'enlisement - constituant ainsi le volet d'une réforme inaboutie - ou bien annoncent-ils une transformation en profondeur de notre système sanitaire ?

Nous nous attacherons ici - après un bref état des lieux portant sur les dysfonctionnements de notre système de santé - à rappeler les conditions d'émergence des réseaux, de leur naissance à leur reconnaissance institutionnelle (essentiellement au travers des ordonnances d'avril 1996). Puis, nous examinerons les enjeux et surtout les limites de ces modes de coopération afin d'en éclairer les possibles perspectives.

Citer ce document / Cite this document :

Bonafini Pascal. Réseaux de soins : réforme ou révolution ?. In: Politiques et management public, vol. 20, n° 2, 2002. Reconfigurer l'action publique : big bang ou réforme ? Actes du onzième colloque international - Nice, jeudi 4 et vendredi 5 octobre 2001 - Tome 2. pp. 1-22;

doi : <https://doi.org/10.3406/pomap.2002.2714>

https://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_2002_num_20_2_2714

Fichier pdf généré le 22/04/2018

RESEAUX DE SOINS : REFORME OU REVOLUTION ?

Pascal BONAFINI*

Résumé

L'usage enthousiaste, voire immodéré, du vocable de réseau par les acteurs de la santé ces dernières années peut amener l'observateur à un sentiment ambivalent conduisant à apprécier en premier lieu la dynamique incontestable de ce concept, mais également à s'interroger sur son contenu véritable, et surtout quant à sa possible portée dans la perspective d'évolution de l'organisation de notre système de santé.

Il est clair que cette effervescence révèle également une grande confusion et l'on peut tenir la période présente comme critique quant aux évolutions envisageables : les réseaux de soins sont-ils voués à l'enlisement - constituant ainsi le volet d'une réforme inaboutie - ou bien annoncent-ils une transformation en profondeur de notre système sanitaire ?

Nous nous attacherons ici - après un bref état des lieux portant sur les dysfonctionnements de notre système de santé - à rappeler les conditions d'émergence des réseaux, de leur naissance à leur reconnaissance institutionnelle (essentiellement au travers des ordonnances d'avril 1996). Puis, nous examinerons les enjeux et surtout les limites de ces modes de coopération afin d'en éclairer les possibles perspectives.

* CREGO - IAE Rouen.

**Les réseaux
dans le contexte
sanitaire
français**

Les réseaux en gestion

Avant de revenir sur les conditions d'émergence des formes réticulaires dans le domaine sanitaire, nous proposerons une lecture succincte sous l'angle des sciences de gestion.

Sur le plan étymologique, le terme réseau émane du latin *retis* désignant un entrelacement régulier de fils et ficelles destiné à la capture de petits animaux. Cette notion physique de maillage sera utilisée jusqu'au XIX^{ème} siècle, où les médecins emploieront le mot de réseau pour caractériser l'appareil circulatoire. Aujourd'hui le terme conserve cette double acception d'ordre topographique et circulatoire (Pache, Paraponaris, 93), conduisant à une lecture qui décrit le réseau comme une structure ou bien qui désigne le mode coopératif ou relationnel qui peut y être associé.

En gestion des organisations, le réseau est présenté comme une forme organisationnelle souple et flexible, en réponse aux turbulences, instabilité et complexité de l'environnement apparues au milieu des années 70.

Une typologie élémentaire peut être proposée par une distinction entre les *réseaux stables* (ensemble d'entreprises conservant une base hiérarchique autour d'une firme principale, à l'image des aires systèmes du secteur automobile) et ce que l'on peut qualifier de *réseaux dynamiques* caractérisés par une désintégration des fonctions de la firme vers des organisations indépendantes (que l'on retrouve, par exemple, dans les districts industriels italiens). Sur le principe, ce dernier type d'organisation « *est susceptible de combiner les avantages intrinsèques des principales formes organisationnelles connues, [...] spécialisation technique, [...] réponse concurrentielle, capacités d'adaptation [...]* »¹.

La notion de réseau peut s'appliquer à un ensemble d'entreprises, tout comme elle est également utilisée pour décrire un mode d'organisation où les unités internes de l'entreprise adoptent les principes évoqués précédemment².

L'approche par la théorie des coûts de transaction - formulée en particulier par Williamson - permet d'éclairer cette tendance. Il postule en effet que la fréquence des transactions et le caractère idiosyncrasique de l'investissement pour l'offreur vont permettre de déterminer le choix des modes d'organisation, entre marché et structure unifiée. Pour l'auteur, le niveau de spécificité des actifs joue un rôle essentiel et justifie alors les choix d'intégration.

Dans ce cadre, la baisse tendancielle des coûts de transaction peut être tenue comme un facteur explicatif du moindre intérêt contemporain pour l'intégration et le retour vers de formes hybrides de coopération telles que les structures réticulaires (Paché, Paraponaris, 1993).

¹ Voir A. Desreumaux, « Réseaux », Encyclopédie de la Gestion et du Management, dir. R. Le Duff, 1999, pp.1071-1072.

² Une description de la transition du modèle « mécanique » au modèle « organique » est proposée par F. Butéra, « La métamorphose de l'organisation - Du château au réseau », Editions d'Organisation, 1991, 245 p.

C'est ainsi que si ces modes coopératifs ont été perçus tout d'abord comme des « solutions organisationnelles de second rang »¹, on peut désormais les considérer comme une troisième forme d'organisation, non plus intermédiaire, mais complémentaire à la simple dichotomie marché - hiérarchie (Desreumaux, 1996).

Le tableau suivant pourra résumer les caractéristiques principales de ces trois mécanismes de coordination :

Mécanisme de coordination	MARCHE	HIERARCHIE	RESEAU / COOPERATION
Base normative	Contrat	Relation d'emploi	Forces complémentaires
Moyens de communication	Prix	Routines	Relations
Méthode de résolution des conflits	Procès (la loi)	Autorité administrative Supervision	Normes de réciprocité Réputation
Préférences des acteurs / choix	Indépendance	Dépendance	Interdépendance

Source : S. Geindre « Confiance et pratiques de réseau », cahier de recherche CERAG, Adapté de Powell « Neither market or hierarchies : networks forms of organization ».

Au terme de cette brève présentation, nous retiendrons l'acception large de réseau comme celle « d'une forme d'organisation dont la coordination et le contrôle sont principalement assurés par la confiance partagée entre acteurs dont l'objectif est de coopérer » (Geindre, 1998).

Les dysfonctionnements de notre système de soins

L'environnement du secteur de la santé pouvait - jusqu'à un passé récent - être caractérisé comme complexe, mais toutefois stable. Cependant, à l'instar de la majorité des pays développés, il se trouve confronté depuis quelques années à de nombreux défis et mutations que la prégnance des contraintes économiques a contribué à mettre en exergue.

Lors de la dernière décennie, nombre de publications et rapports² ont stigmatisé l'inefficacité du système de soins français en s'appuyant sur le poids des dépenses engagées rapporté aux indicateurs majeurs de santé publique. Le constat dressé par M. Mougeot est sans appel : « la France dépense plus que les autres pays développés sans que cet écart soit justifié par des différences significatives en termes d'état de santé de la population »³.

¹ « Formes instables destinées à évoluer vers le marché ou l'intégration » : A. Desreumaux, « Nouvelles formes d'organisation et évolution de l'entreprise » Revue Française de Gestion, janv.-fév. 1996, pp. 86-108.

² On pourra se reporter par exemple aux rapports de C. Béraud (1992), lequel évaluait un gaspillage de ressources à hauteur de 20 %, R. Soubie (1993 et 1994) « Santé 2010 » ou « Livre blanc sur les systèmes de santé et d'assurance maladie », de M. Mougeot (1999), « Régulation du système de santé » ou l'ouvrage de J. de Kervasdoué (1999), « Santé : pour une révolution sans réforme ».

³ M. Mougeot, op. cit., p. 10.

Nous évoquerons quelques dysfonctionnements significatifs tels que la prégnance du modèle biomédical, la division du travail et l'éclatement des trajectoires de prise en charge.

– *Le modèle biomédical*

Sur un plan général, le développement d'un *modèle biomédical*¹ prévalant une « *logique curative de la maladie constituée* »² se révèle particulièrement coûteux et constitue un facteur d'inefficience notable.

En effet, l'association du développement rapide des connaissances scientifiques et des progrès techniques a légitimé une forte « technicisation » de l'acte médical, en particulier quant aux actes à visée diagnostique ainsi qu'en ce qui concerne la dispensation de traitements coûteux dont l'utilité marginale peut parfois se révéler insignifiante. C'est ainsi que des études menées au Canada, aux Etats Unis et en France³ estiment que 30% des prestations techniques délivrées sont inutiles...

– *La division du travail*

Par ailleurs, les évolutions de la connaissance scientifique⁴ conduisent à une spécialisation extrême des professionnels et des équipements, et mettent en évidence une division du travail largement préjudiciable à la conduite de processus ou trajectoires de soins cohérents.

Ces tendances sont également à l'origine du développement de structures hospitalières surintégréées, soucieuses de disposer d'une offre de pointe dans tous les domaines et dont le pilotage s'avère désormais bien problématique. Nous reprendrons à ce titre le constat de C. Béraud : « *Lors de l'énonciation de la charte de la médecine libérale de 1927 [...] 20 000 médecins ne disposaient pour traiter les maladies que de quelques interventions chirurgicales et d'une dizaine de médicaments efficaces sur les symptômes. Aujourd'hui, coexistent plusieurs dizaines de milliers d'unités de production de soins qui fonctionnent isolément avec des objectifs différents : traiter des maladies, soigner des malades, enseigner la médecine, accroître les connaissances cliniques, publier des travaux scientifiques, servir une population, [...]. L'état de santé des malades à leur entrée comme à leur sortie de ces structures de soins ambulatoires ou hospitaliers, est aussi mal connu que les activités qui s'y déroulent.* »⁵

¹ C. Béraud, « *La France à la recherche d'un système de soins* », Futuribles, déc.1996, pp. 5-46.

² F. Grémy, « *Filières et réseaux - Vers l'organisation et la coordination du système de soins* », Gestions Hospitalières, n° 367, juin-juillet 1997.

³ B.A. Smith, « *La réforme des systèmes de santé* », OCDE, 1996, C. Béraud, « *Rapport* » CNAM, 1992, D. Parker, « *Forum mondial de la santé* », OMS, 1994.

⁴ J. de Kervasdoué rapporte dans une intervention de février 2000 au « Club Perspective Public-Privé » la publication mensuelle de 20 000 nouveaux articles médicaux dans des revues à comité scientifique !

⁵ Op. cit., p. 21.

– *L'éclatement des trajectoires de soins*

Certaines caractéristiques de la demande ont également évoluées au cours de ces dernières décennies. Sans revenir sur le développement d'une certaine forme de consumérisme, il faut souligner une considération d'ordre épidémiologique. En effet, « *le centre de gravité de la pathologie moderne se déplace sans cesse en direction des maladies et états chroniques* » (Grémy, 1997). Ainsi, l'évolution des traitements et la mise en œuvre d'actions de santé publique ont pu concourir à la guérison ou à l'éradication d'un certain nombre de maladies, laissant entier le problème des pathologies dégénératives (cancer, sida, diabète...). Rien ne permet à l'heure actuelle d'envisager de guérison complète de ces maladies qui rendent le patient « *plus ou moins captif du système des soins jusqu'à la fin de ses jours* »¹. Cette captivité ne doit pas faire oublier toutefois que les épisodes de soins - pour autant qu'ils soient récurrents - sont de plus en plus brefs² et que le sujet vit la majeure partie de la durée de sa maladie en dehors du système hospitalier, conduisant ainsi l'hôpital à ne plus être au centre de la prise en charge (Naiditch, Oberlin, 1995)...

Le CREDES a proposé en 1998 un commentaire synthétique³ de ces quelques constats « *La complexité de la prise en charge des patients, la multiplicité des intervenants et leur spécialisation croissante, les cloisonnements institutionnels, la relative inorganisation de notre système (très grande liberté tant du côté des producteurs que des consommateurs) ne conduisent pas spontanément à optimiser les processus de soin, tant en termes de qualité (continuité et coordination des soins) que de coût (soins inutiles, redondants...)* ».

Enfin, il faut également souligner que cette organisation tend également à occulter d'autres déterminants de l'état de santé⁴ (d'ordre socio-économiques ou environnementaux en particulier), dont les champs restent mal appréhendés par les dispositifs sanitaires conventionnels...

Ces quelques considérations conduisent prosaïquement à ambitionner une organisation de la prise en charge des patients sur un mode plus holistique. Il s'agit probablement sur le fond d'un des facteurs principaux concourant au succès du concept de réseau, sur lequel nous allons nous attarder maintenant.

L'émergence des réseaux

Pour aborder ce point sur un mode strictement chronologique, on constate que la dynamique nouvelle que représente les réseaux de soins est d'abord née des initiatives de professionnels.

¹ F. Grémy, op. cit.

² La durée moyenne de séjour est en baisse constante, et les dispositifs ambulatoires se développent.

³ A. Bocognano et alii, « *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théorie et bilan des expériences étrangères* », Rapport CreDES n° 1243, nov. 1998.

⁴ Voir en particulier : R.G. Evans et alii, « *Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie* », John Libbey Eurotext, 1996, 359 p.

A partir de la vision synoptique proposée par P. Larcher, nous commenterons dans un premier temps la mobilisation des professionnels quant à la création des premiers réseaux puis observerons les conséquences d'une reconnaissance institutionnelle tardive.

Périodes	Evolution sur le terrain	Evolution des institutions	Evolution des économistes
1970	Multiplication des centres de santé	Loi hospitalière : hospitaliers plein temps	
1975	Développement de la médecine de groupe	Conventionnement médecins libéraux	
1980	Naissance des premiers réseaux	Rapport Cabanel : création des ORS Budget global	
1983	Expérience de Lubersac		Réflexion sur un <i>managed care</i> à la française : la santé, marché concurrentiel
1991	Multiplication des réseaux ville-hôpital, gérontologiques, précarité...	Loi hospitalière : l'hôpital colle au terrain Circulaires réseaux VIH Décrets centre de santé Réseau national de santé publique	
1996		<u>Ordonnance 96-346</u>	<u>Ordonnance 96-345</u>
	Explosion des réseaux de tous types	Réseaux agréés ARH	Comité Soubie

Source : P. Larcher, « La santé en réseaux », Masson, 2001, p. 12.

La chronologie figurée ici illustre les principaux éléments significatifs de l'histoire des réseaux de soins français. On observe tout d'abord le décalage important entre une émergence « spontanée » et leur reconnaissance institutionnelle ainsi que le rôle emblématique des ordonnances de 1996 comme facteur d'expansion du phénomène. Nous noterons aussi au passage que les considérations d'ordre organisationnelles restent privilégiées aux réflexions de nature économique.

Une réponse des professionnels aux défaillances du système de soins

Les premiers réseaux ont émergés en réponse à un problème de santé spécifique ou de dysfonctionnement du système de soins et ont été le fait de professionnels, médecins ou soignants.

Pour l'anecdote, on citera les observations de Claudius Regaud qui, face à « la complexité, [au] caractère social, [au] prix élevé et [à] la difficulté d'application des moyens de traitement des cancers » préconisait la création de structures favorisant « [une] forme collective ou coopérative de

thérapeutique... ». Le discours pourrait constituer un plaidoyer tout à fait d'actualité, si l'on ne se souvenait qu'il remonte à 1912¹ !

En fait, on verra apparaître au début des années 80 des structures de coordination entre professionnels libéraux et hospitaliers dans les domaines de la gériatrie et du sida, lesquelles constitueront les premiers types de réseaux « ville-hôpital ».

- Les réseaux gériatriques

Les difficultés liées à la prise en charge des personnes âgées² dépendantes ont amené plusieurs groupes de professionnels à élaborer les premières logiques de réseau, en réponse au double clivage ville/hôpital et sanitaire/social.

On peut voir dans le succès de ce type de réseau une double explication, laquelle correspond d'abord à un démantèlement des réseaux sociaux ou familiaux³, lesquels contribuaient autrefois au maintien à domicile des aînés, et révèle par ailleurs l'inadaptation des dispositifs traditionnels à accueillir les personnes âgées⁴.

Toutefois, il reste hasardeux de formuler quelque avis sur les impacts de ces structures : les évaluations quantitatives ou qualitatives sont rares et parfois contradictoires quant aux attendus des « coordinations gériatriques ». Elles montrent en tous cas les limites des outils d'analyse conventionnels en la matière⁵, lorsqu'elles ne révèlent pas un mauvais rapport coût/efficacité des soins à domicile comparés à l'hébergement en établissements de soins de longue durée⁶...

L'expérience du réseau de Lubersac, initiée en 1983, est particulièrement significative à ce titre. Elle émane de la collaboration de professionnels libéraux et hospitaliers et de la MSA⁷ aux fins de mettre en place un « contrat

¹ Ce modèle sert toujours de base à l'organisation des Centres de Lutte Contre le Cancer dont les missions et l'organisation pluridisciplinaire ont été formalisés par des ordonnances de 1945.

² Ainsi que les effets des lois de décentralisation des années 80, transférant la responsabilité de la prise en charge des personnes âgées sur les départements.

³ Voir en particulier les travaux de J.P. Escaffre, « *Analyse de clientèle à l'hôpital public* », Revue Hospitalière de France, n° 2, mars- avril 1994, pp. 141-150.

⁴ Parfois par excès, comme le note C. Béraud : « *Dans presque toutes les villes où il existe un CHU, il est impossible pour une affection banale comme une pneumopathie chez un sujet âgé [...] d'être hospitalisé ailleurs que dans un service universitaire hautement spécialisé...* ». Op. cit., p. 33.

⁵ On pourra se référer à l'approche de M. Frossard et A. Boitard lesquels ont proposé une mesure du coût, voire de l'efficacité des activités de coordination gériatriques : « *Evaluation des réseaux de coordination gériatrique : une approche socio-économique* », Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol 45 n° 5, oct. 1997, pp. 429-437.

⁶ Voir à ce titre l'article de H. Bergman et alii relatif au Québec, « *Système de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie* », La Santé demain. Vers un système de soins sans murs, dir. J.P. Claveranne, C. Lardy, Economica, pp.163-180.

⁷ La Mutualité Sociale Agricole, intervenant dans le financement de l'opération.

local de santé » visant à retarder l'hospitalisation des personnes âgées par une meilleure coordination de la prise en charge à domicile assurée par les libéraux et non dans le cadre d'un pilotage hospitalier classique de type HAD (hospitalisation à domicile) ou SSIAD (service de soins infirmiers à domicile). Le réseau a ainsi fonctionné avec succès jusqu'en 1998, date à laquelle une procédure d'évaluation demandée par la CNAMTS auprès d'un consultant international s'est révélée plus coûteuse que le seul fonctionnement du réseau¹ et a précipité sa fin...

On rappellera que le réseau ville-hôpital de Vaugirard, le réseau gérontologique de Haute-Vienne ou bien de Bouscat font également figures de pionniers en la matière.

– Les réseaux VIH

Le cas des réseaux VIH est différent quant à sa genèse. Le sida est apparu en France au début des années 80 et l'action organisée en termes de santé publique ne s'est mise en place que pratiquement 10 ans plus tard².

L'inexistence d'un modèle curatif, la fréquence de recours aux hospitalisations et les difficultés sociales associées à la pathologie a conduit à la création des premiers réseaux VIH sur l'initiative de professionnels hospitaliers, soucieux dans un premier temps, de « désengorger » les services de maladies infectieuses occupés par les patients en sida déclaré. La forte implication et les relais médiatiques dont ont bénéficié les associations ont grandement contribué au développement de ces structures.

Ces réseaux ont fait l'objet des premières circulaires DGS en 1991. Les statistiques établies après 6 ans de fonctionnement avaient dénombré sur le territoire français 107 réseaux « orientés vers les malades VIH positifs » lesquels s'étaient logiquement implantés dans les zones de forte prévalence de la maladie³.

Là encore, l'évaluation du fonctionnement de ces réseaux reste particulièrement délicate dès lors que certaines dispositions réglementaires ont largement influencé les pratiques et orientations des patients. C'est ainsi que la réalisation de certains examens (mesure de la charge virale) ou la dispensation des nouvelles spécialités pharmaceutiques ont d'abord été réservées aux hôpitaux, et ont ainsi réduit l'orientation des patients vers la ville. La tendance est désormais inverse et on peut s'interroger sur l'avenir de ces réseaux du fait de l'évolution des conditions de prise en charge de la maladie. En effet, l'emploi massif des antirétroviraux a largement fait diminuer

¹ P. Larcher, op. cit. p. 3.

² Le cas de cette pathologie est particulièrement révélateur des modalités d'évolution des politiques publiques. C'est ainsi que la prévention de la maladie n'a été intégrée à une stratégie globale de santé publique qu'après le scandale du sang contaminé. Deux analyses plus complètes sont proposées par : M. Steffen, « Répondre à l'inattendu : les systèmes de santé face au Sida », Revue Française d'Administration publique, n° 76, déc.1995, pp. 535-547 et M. Setbon, « Des politiques de santé à leur management : Un sujet sans objet ou une nécessité sans capacité ? », Politiques et Management Public, n° 1 vol. 11, mars 1993.

³ P. Larcher, « La santé en réseaux », op. cit. p. 14.

les recours aux hospitalisations : la pathologie reste bien évidemment chronique mais beaucoup moins consommatrice de soins annexes, et les malades peuvent envisager de meilleures conditions de vie qu'au début de l'épidémie.

Au final, on retiendra que plus du tiers des réseaux répertoriés en 1997 (la moitié en région parisienne) se voulaient déjà pluripathologiques, intégrant en particulier les thèmes de la toxicomanie et de la précarité. C'est à ce titre qu'on les voit évoluer vers des réseaux de santé de proximité : quelques-unes de ces structures tendent également à devenir des observatoires locaux des phénomènes sociaux ou médicaux¹.

Ces réseaux restent donc un modèle d'organisation mais les dernières évolutions mentionnées semblent désormais compromettre leur destinée (Larcher, 2001).

On citera pour finir cette rapide description, d'autres domaines notables d'émergence des réseaux avec le diabète ou l'hépatite C, la précarité ou la périnatalité.

L'émergence « spontanée » des réseaux s'est donc développée autour de pathologies lourdes ou situations chroniques, aux fins de permettre une prise en charge plus globale des usagers, en réponse aux cloisonnements des dispositifs conventionnels.

Le développement de ces *mouvements coopératifs* - souvent informels à leur origine - correspond essentiellement à une réponse locale à des problèmes de santé² plutôt que d'offre, face auxquels les dispositifs conventionnels s'avéraient défailants (Delande, 1999).

Une reconnaissance institutionnelle tardive et peu lisible

On retrouve quelques traces lointaines de *dispositifs institutionnels* que l'on peut assimiler à des réseaux.

C'est le cas par exemple de l'organisation de la lutte contre la tuberculose qui a mis en place les dispensaires en 1914, leur rôle étant alors d'assurer le diagnostic, l'organisation du traitement, une mission d'éducation et de prophylaxie ainsi qu'une surveillance épidémiologique³. La réponse curative apportée par l'antibiothérapie mettra un terme à ces *réseaux de santé* de la première heure.

¹ P. Larcher, « *Les enseignements des réseaux existants* », Actualité et Dossier en Santé Publique n° 24.

² Problème particulier de santé publique constaté localement : cas de prévalence d'une pathologie supérieure à la moyenne par exemple.

³ Tout ceci à titre gratuit. Voir sur le sujet : J.M. Vinas, « *Histoire des réseaux* », Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 24.

De même, les dispositifs fondateurs de la Sécurité Sociale en 1945¹, ont défini des réseaux institutionnels relatifs à la lutte contre les fléaux sociaux (alcoolisme, cancer, psychiatrie, toxicomanie...), qualifiés de *réseaux sanitaires spécialisés*. Ces mécanismes seront toutefois peu opérationnalisés.

Il faudra attendre la loi du 19 janvier 1983 pour voir réapparaître la notion avec l'encouragement d'expérimentations de *Réseaux de Soins Coordonnés*² largement inspirés des notions de « *Managed Care* »³ et des « *Health Maintenance Organizations* »⁴. A la différence des cas précédents privilégiant l'organisation et la coopération, l'argumentation centrale des promoteurs vise à la réduction des coûts et pas seulement à une meilleure coordination des dispositifs. Une dizaine de réseaux de ce type a vu le jour mais ils n'ont pas connu de suite.

Au vu des initiatives citées auparavant, la Direction Générale de la Santé publiera un certain nombre de circulaires encourageant le fonctionnement en réseau dans les domaines du sida (1991), des soins de proximité (1993), de la toxicomanie (1994), de l'hépatite C (1995) et enfin de l'alcoolisme (1996), lesquelles visaient essentiellement à instrumentaliser l'organisation.

– L'impact des ordonnances de 1996

En fait, une observation statistique indique un développement important de l'effectif des réseaux consécutivement à la publication des ordonnances d'avril 1996.

L'objectif affiché des réformes initiées par ces textes est de parvenir à une « *maîtrise médicalisée des dépenses de santé* », en assurant dans un premier temps un resserrement des procédures d'allocation de ressource mais aussi en encourageant le développement d'innovations voire également d'envisager le renouvellement des modalités de financement (Delande, 1999).

La notion de filière ou de réseau sera clairement évoquée au titre de ces innovations, sans toutefois qu'en soit donnée une définition explicite. Les formulations les plus précises des textes encouragent à « *organiser un accès plus rationnel au système de soins, ainsi qu'une meilleure coordination dans [la] prise en charge [des patients]* »⁵ ou bien à « *assurer une meilleure orientation du patient, [...] favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés* »⁶.

¹ Instaurant, rappelons-le ici, la séparation entre les dispositifs de prévention et de soins.

² On pourra se reporter pour plus de précisions à l'ouvrage de P. Giraud et R. Launois, « *Les réseaux de soins, médecine de demain* », Economica, 1985 ainsi qu'à l'article d'Y. Condé, « *Les réseaux de soins* », Gestion Hospitalières, n° 259, oct. 1986, p. 561-565.

³ Principe américain de « gestion des soins » s'appuyant en premier lieu sur le contrôle du coût des soins puis sur leur qualité pour aboutir à la notion contemporaine de « *better care at better cost* ».

⁴ Modèle concurrentiel autorisant l'accès à un réseau de professionnels sur la base d'un abonnement forfaitaire annuel.

⁵ Article L.162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale.

⁶ Article L.712-3-2 du Code de la Santé Publique.

Ceux-ci sont essentiellement définis par le Code de la Santé Publique, lequel décrit le champ des réseaux inter-établissements, et le Code de la Sécurité Sociale qui propose la mise en œuvre de réseaux expérimentaux¹ en vue de définir des modalités de financement innovantes. En complément, un décret du 12 novembre 1999 s'applique aux réseaux ambulatoires en créant le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, et enfin, la circulaire du 25 novembre 1999 propose un double objet : d'abord une sorte d'état des lieux conduisant à envisager les modalités d'évolution des réseaux existants, puis une harmonisation des cahiers des charges des demandes de financement.

Le constat le plus évident qui puisse être formulé ici confirme le maintien d'une multiplicité de dispositifs, liés essentiellement au statut juridique des participants, avec pour conséquence le maintien des cloisonnements évoqués auparavant et la piètre lisibilité qui en découle.

La teneur de ces différents textes permet d'identifier quatre grands dispositifs réglementaires² se rattachant à la notion de réseau :

- Les dispositifs *inter-établissements*, destinés à développer la coopération hospitalière sous forme de conventions regroupant des établissements sanitaires et/ou sociaux et constituant ainsi des réseaux de soins ou communautés d'établissement. Quelques orientations majeures se dégagent, telles que la cancérologie ou la périnatalité.
- Les dispositifs des *réseaux ville-hôpital*, se rapportant aux circulaires DGS évoquées auparavant. Ils peuvent être qualifiés de réseaux « thématiques », *i.e.* visant à la prise en charge médicale et sociale du patient par la coordination de l'ensemble des acteurs du domaine socio-sanitaire et ce pour une pathologie ou un type de population donnée.
- Les dispositifs conventionnels (chap. V de la convention nationale des médecins généralistes) ouvrant à la définition de *médecin référent*, à l'image du système de gate-keeper en Grande-Bretagne.
- Enfin les fameux *dispositifs expérimentaux*, qui, sur la base de prise en charge globale du patient par des « filières »³ ou « réseaux » visent à proposer des dérogations aux mécanismes de financement en vigueur, sans toutefois conduire à une logique de « *managed care* » (Duriez, 1998).

Un premier constat nous indique que la logique de transversalité propre aux réseaux, fondée sur un continuum dépendant du parcours du patient, ne peut guère s'appliquer aux dispositifs décrits ici, lesquels restent cloisonnés et de lecture complexe.

¹ Les fameux réseaux « Soubie », du nom du président du Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux de Soins, créé à cette occasion.

² S. Barre, L. Houdart, « *Les statuts juridiques des réseaux* », Actualité et Dossier en Santé Publique, n°28 sept. 98, pp. 17-20.

³ La notion est en partie contradictoire avec le dispositif précédent, lequel n'est pas dérogatoire et ne nécessite pas d'expérimentation.

On peut toutefois, dégager une double logique de cet inventaire, l'une dans le sens de la planification, l'autre dans le sens de l'expérimentation (Poutout, 1999) :

- On observe que les 2 premiers dispositifs évoqués traduisent la poursuite des réglementations antérieurement applicables au secteur hospitalier pour l'adapter à la demande (lois hospitalières, SROS) en améliorant le processus de coordination entre acteurs¹.
- Les deux derniers sont plus novateurs en ce sens qu'ils renvoient d'avantage à la notion de filière. C'est le cas pour le concept de médecin référent qui vise à engager le généraliste dans « *une logique de gestion des soins portant à la fois sur la qualité, la coordination, et les coûts des soins* »². Toutefois, la démarche reste assez anecdotique.

Le cas des réseaux expérimentaux est quant à lui spécialement éloquent. Sur le fond d'abord, car l'encouragement institutionnel à l'expérimentation est sur le principe particulièrement porteur en matière de management public, et parce que les possibilités de déroger aux mécanismes tarifaires existants restent particulièrement attendues des professionnels engagés bénévolement dans le fonctionnement de réseaux.

Sur la forme, le bilan est plus que contrasté, en effet, au terme des 5 années prévues par les textes originaux, et sur plus de 1000 réseaux³ dénombrés par la DGS⁴, moins d'une dizaine d'entre eux a pu faire l'objet d'un agrément ministériel (remis sur avis de la commission Soubie). Ce résultat peut être attribué à plusieurs facteurs :

- La lourdeur de mise en place du dispositif d'instruction des dossiers : la première expérimentation a débuté au printemps 2000 alors que la dernière aurait du se terminer au printemps 2001 !
- La complexité du montage des dossiers pour les promoteurs.
- Enfin, il est clair que les perspectives « *subsidiologiques* » associées tant aux dérogations tarifaires, qu'aux possibilités de prise en charge des évaluations, ont probablement suscité des vocations plus ou moins légitimes au regard des textes originels.
- Devant ces constats, la dernière loi de finance de la Sécurité Sociale prévoit la prolongation de la période expérimentale de 5 ans et la décentralisation du dispositif par un transfert des compétences d'instruction des dossiers vers les ARH.

¹ Ou plus prosaïquement de sceller dans ce cadre des accords de coopération stratégique...

² M. Robelet, « *Une politique ambulatoire en guise de cohérence* », Actualité et Dossier en Santé Publique, n° 33.

³ Lesquels, bien sûr, ne se sont pas tous inscrits dans le cadre expérimental défini par l'article L.162-31-1 du CSS...

⁴ Direction Générale de la Santé.

Si en première approche, on peut se réjouir de cette reconnaissance institutionnelle, la pluralité de cadres juridiques n'a clairement pas levé toutes les ambiguïtés sémantiques liées à la polysémie du terme. On peut même s'interroger sur la confusion supplémentaire que l'hermétisme de ces mécanismes réglementaires ne manque pas d'introduire dans l'esprit des acteurs (Poutout, 1999)¹.

C'est ainsi que le rapport élaboré en 1998 par le Haut Comité de la Santé Publique, après avoir à nouveau souligné les cloisonnements du système de soins et de la nécessité d'une approche transversale concluait en ces termes : « *Pour dépasser ces clivages, on ne cesse d'ajouter des dispositifs pour relier les structures, les procédures, les financements et les acteurs. Une part de plus en plus importante de l'énergie collective est ainsi consacrée à franchir des obstacles institutionnels au détriment des actions elles-mêmes et au prix d'une usure grandissante des professionnels concernés* ».

Au-delà de la complexité des dispositifs décrite précédemment, la double lecture possible du terme de réseau ajoute également à la confusion qui subsiste majoritairement dans l'esprit des acteurs. En effet une première acception assimile le réseau à une *structure*, un autre sens le décrivant comme une *modalité de coordination* (Béjean, Gadreau, 1996). Cette seconde vision autorise en tous cas une appropriation aisée du terme, laquelle pourrait expliquer une large part de son succès, voire révéler par ailleurs une certaine vacuité : « *si tout est réseau, alors, rien n'est réseau !...* »².

Pour proposer une synthèse, on pourrait articuler les modalités d'émergence des réseaux autour de 4 dynamiques d'intérêts, déterminant une typologie quaternaire (Patte, 1998) :

- Les professionnels s'organisent en groupe pour constituer des *réseaux de complémentarité* et de communication
- Les financeurs (Assurance Maladie en particulier) visent à développer des *réseaux d'efficience* par la constitution de forfaits ou enveloppes globales de prise en charge
- Les usagers recherchent l'efficacité quant à des préoccupations communes (Sida,...) le cas échéant en cherchant à structurer les professionnels en formant des *réseaux d'orientation*
- Les collectivités territoriales interviennent plutôt autour de préoccupations sociales (maintien à domicile personnes âgées, aide sociale...) et proposent alors des *réseaux de services*

¹ Ces considérations ne sont probablement pas étrangères à la création en 1997, d'une Coordination Nationale des Réseaux destinée à « *fédérer l'action des réseaux sanitaires et sociaux* ». Cette association regroupe aujourd'hui plus d'une centaine de réseaux.

² S. Béjean., M. Gadreau, « *Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé* », Revue d'économie industrielle, n°81, juillet 1996.

Les perspectives La profusion des discours sur les réseaux leur confère nombre d'avantages présumés et semble curieusement occulter leurs limites. Nous verrons que si ces structures affichent des ambitions fort vertueuses, il est bien difficile de valider celles-ci sur un mode empirique, et que de nombreuses questions d'ordre technique ou financier obèrent encore leurs possibilités de développement.

Les principaux enjeux

– Rationaliser la trajectoire du patient

L'enjeu principalement évoqué vise à « *replacer le patient au cœur du système de soins* » et prend quasiment valeur incantatoire...

Il est clair que l'un des avantages majeurs du fonctionnement en réseau est de pouvoir organiser une trajectoire plus rationnelle des patients dans le système (Grémy, 1997). Cette trajectoire peut se voir modélisée sous forme de filière, assurant ainsi une possibilité de graduation dans l'accès aux dispositifs et une continuité des soins par une meilleure orientation des usagers (Vinas, 1998), et garantir un certain continuum entre les prises en charge hospitalières et ambulatoires (Huard, Moatti, 1995).

Elle peut aussi dépasser le cadre des seuls dispositifs curatifs pour favoriser la prise en charge de la dépendance et de la prévention, en intégrant en particulier le secteur médico-social (Vinas, 1998), voire autoriser un rôle plus actif du patient, dès lors que celui-ci pourra avoir fait l'objet d'une éducation propre à la prise en charge de son état¹.

D'autres impacts du fonctionnement en réseau peuvent affecter le système de soins dans le sens d'une amélioration de son efficacité par le biais du rapport des coûts sur la qualité des prestations offertes (Brémond, 1998 ; Patte, 1998), la maîtrise des coûts pouvant résulter de la limitation des points d'entrée dans le système et des redondances induites (Sanesco, 1995). Il n'est toutefois pas certain de trouver là une réponse à une certaine tradition de « nomadisme » médical.

– Décloisonner les dispositifs

On associe également aux réseaux une possible contribution au décloisonnement du système des soins à des niveaux divers. C'est bien évidemment le cas entre la médecine de ville et l'hôpital (Béjean, Gadreau, 1996 ; Brémond, 1998 ; Patte, 1998), mais aussi entre les établissements avec la co-utilisation d'équipements (Béjean, Gadreau, 1996) ou bien entre professionnels, qu'il s'agisse de l'opposition entre médecins spécialistes² et

¹ A titre d'illustration de ce dernier point, Résalis - réseau de prise en charge de l'asthme dans l'Eure -, propose une « formation » spécifique des patients, leur conférant une aptitude à anticiper les épisodes aigus de leur pathologie et éviter ainsi d'éventuelles hospitalisations.

² Le corps des praticiens spécialistes est manifestement le moins représenté dans les réseaux existants.

généralistes (Brémond, 1998) ou bien de l'intégration des acteurs du secteur social (Brémond, 1998).

– Améliorer les pratiques

Enfin, ce mode de coopération est prédictif d'un accroissement des compétences collectives par la diffusion d'informations et de connaissances (Béjean, Gadreau, 1996) accélérant ainsi l'harmonisation des pratiques¹.

En guise de synthèse, le fonctionnement en réseau pourrait alors contribuer à favoriser une transformation culturelle radicale du monde médical, conduisant de l'exercice individuel à des pratiques plus collectives (Grémy, 1997 ; Brémond, 1998). C'est cette transition que l'on peut voir schématisée dans le tableau suivant :

Logiques comparées	Logique traditionnelle	Logique de réseau
Cible des services de santé	Des individus	Un groupe (ou toute ou partie de la population d'une zone géographique)
Rôle des professionnels de santé	Répondre à une demande	Répondre à un besoin
Responsabilité des professionnels dans la gestion	Non (paiement à l'acte)	Oui (forfaitisation au moins partielle)
Qui planifie ?	Les autorités sanitaires	Les groupes concernés (professionnels, équipes hospitalières, autorités sanitaires locales et nationales, associations de patients, d'usagers...)

Source : Anaes, « Principes d'évaluation des réseaux de santé », 1999.

Le réseau permettrait ainsi d'impliquer professionnels et usagers beaucoup plus fortement dans l'organisation de l'offre de soins, sans toutefois que les discours abordent clairement les aspects économiques de la réflexion.

Des limites évidentes

Il convient de ne pas occulter la nécessité d'une validation empirique des hypothèses posées précédemment ainsi que certaines difficultés ou limites techniques qui, pour certaines, pourraient se révéler rédhibitoires².

¹ Le cas des « Standards-Options-Recommandations » constituant un guide de bonnes pratiques cliniques utilisé en cancérologie est à cet égard particulièrement éloquent. On pourra se reporter pour plus de détails à l'article de F. Chauvin et alii, « Réseaux et filières », Actualité et Dossier en Santé Publique, n°25 déc. 98, pp. 40-46.

² J. de Kervasdoué prévoyait en 1999 « l'échec vraisemblable de cette intéressante innovation », le liant à des causes d'ordre conceptuel, technique, financier et politique. Aucun des facteurs évoqués n'ayant notablement évolué depuis, l'assertion peut à ce jour rester d'actualité...

– L'évaluation

Si l'on considère que les premiers réseaux fonctionnent maintenant depuis plus d'une dizaine d'années, on peut être frappé par le relatif déficit d'évaluation disponible sur le sujet.

Ces lacunes révèlent probablement encore une certaine confusion sémantique quant à l'objet de l'évaluation (efficacité, efficience, procédures...) mais peuvent aussi s'expliquer par les difficultés méthodologiques liées au caractère pluridimensionnel des impacts à mesurer. Si l'évaluation des programmes de santé repose sur des méthodes bien connues telles que les analyses de type coût/efficacité, coût/utilité ou coût/bénéfice¹, l'évaluation des réseaux impose en effet de considérer d'autres dimensions que les conséquences pour le seul usager.

Quant à l'aspect méthodologique, les documents les plus aboutis sur le sujet, élaborés récemment par l'Anaes² ou le CreDES³, préconisent de prendre en compte l'ensemble des effets directs ou indirects pouvant découler des enjeux évoqués auparavant tels que l'évolution des pratiques médicales, l'organisation et le financement des soins ou plus globalement, une possible réorganisation de l'offre...

Sur le plan pratique, on voit clairement apparaître les contraintes de moyens et de durée que cela implique. D'autre part, les évaluations sont essentiellement réalisées sur un mode différentiel⁴ qui renvoie aux difficultés d'échantillonnage et imposera probablement d'opérer au niveau de « *métaréseaux* »⁵, ce qui ne fera qu'obérer le délai nécessaire à leur obtention et met en avant les difficultés techniques liées à la qualité des systèmes d'information en place.

– Le financement

La question du financement des réseaux reste essentielle qu'il s'agisse d'assurer leur fonctionnement ou de prendre en compte les prestations et actes délivrés⁶.

En effet, des frais de gestion nouveaux apparaissent avec les réseaux, liés aux investissements d'origine, à des frais de coordination, de formation, etc., dont les montants sont loin d'être négligeables et dont les financements peuvent émaner de sources multiples et composites⁷.

¹ Voir en particulier : M. F. Drummond et alii, « *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé* », Economica, 2ème éd. 1998, 331 p.

² Anaes, « *Principes d'évaluation des réseaux de santé* », juin 1999, 140 p.

³ CreDES, Image, « *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations* », mai 2001, 73 p.

⁴ Etudes de type « *ici/ailleurs* » ou « *avant/après* ».

⁵ P. Lombrail, M.O. Frattini, « *Pratiques coopératives dans le système de santé : quels enjeux ?* », Pratiques coopératives dans le système de santé. Les réseaux en question, Image, Ed. ENSP, 1998, pp. 89-94.

⁶ Cf. rapport Paillerets « *Réseaux de soins et relations entre l'hôpital et la médecine de ville* ».

⁷ Pour éclairer la remarque, la mise en œuvre de Résalis, cité auparavant, est budgétée à hauteur de 3,35 M.€ pour une durée de 3 ans...

Quant aux prestations dispensées, elles doivent être couvertes par les dispositifs actuels de financement, les dérogations tarifaires n'étant accordées qu'avec une extrême parcimonie et restent soumises à une évaluation au terme d'un délai maximum de 3 ans pour être pérennisées.

Dans ce cadre nous rappellerons pour mémoire l'acuité de quelques questions non spécifiques aux réseaux, mais qui pourraient largement impacter leur fonctionnement, telles que la non-fongibilité des enveloppes ville/hôpital, la révision et l'harmonisation des nomenclatures médicales (et l'éventuelle prise en compte d'actes de prévention ou d'éducation) ou bien la définition de coûts et de financements par pathologies, voire la remise en cause des principes actuels de notre système d'assurance maladie...

Un rôle interstitiel ou substitutif ?

Dans une synthèse présentée en 1999¹, F. de Paillerets évoquait déjà la question du rôle à assigner aux réseaux en termes alternatifs :

- Ne peuvent-ils tenir qu'un *rôle interstitiel*, i.e. répondre à des dysfonctionnements du système actuel, sans que la structure de celui-ci ne soit remise en cause ?
- Ou bien peut-on leur assigner une vocation *substitutive*, visant à les intégrer au champ des activités ambulatoires et hospitalières ?

Une partie de la réponse repose clairement sur la poursuite des expérimentations en cours et sur de nécessaires retours d'évaluation².

De plus, si l'on intègre à cette contrainte la dimension temporelle nécessaire à une généralisation de ces organisations, explicitement échancée à un horizon de 20 ans³, il convient sans doute de s'en tenir à des ambitions de développement mesurées quant à l'hypothèse substitutive.

Aussi, dans ce cadre, le Ministère de la Santé a récemment confirmé son intérêt pour la poursuite des expérimentations⁴, et prorogé un certain nombre de dispositifs⁵, mais confirmé une orientation vers une fonction interstitielle.

¹ F. de Paillerets, « Réseaux de soins et les relations entre l'hôpital et la médecine de ville », Conférence Nationale de Santé : Rapport, La Documentation Française, 1999.

² A ce propos, les retours obtenus sur le fonctionnement des HMO aux Etats Unis semblent montrer une grande hétérogénéité des modalités de prise en charge, voire afficher à ce titre quelques déviations...

³ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Datar, Credes, « Quel système de santé à l'horizon 2020 ? », La Documentation Française, 2000, p. 246.

⁴ Discours d'ouverture du 3^{ème} congrès de la Coordination Nationale des Réseaux, juin 2001.

⁵ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 intègre en particulier la prolongation du FAQSV jusqu'en 2006, la création d'une dotation spécifique au sein de l'ONDAM dont l'accès sera instruit au niveau régional...

Lorsque l'on considère la modestie de ces ambitions et les difficultés récurrentes d'application des réformes au système sanitaire (et le rythme particulièrement modéré de celles-ci¹), on peut même en venir à formuler l'hypothèse d'un enlisement, lié à une possible démobilisation des acteurs de terrain.

La perspective d'autres développements ?

L'analyse que l'on peut faire actuellement du développement des structures réticulaires et des discours qui l'accompagnent privilégie essentiellement une conception des réseaux en tant qu'instrument de coordination ou coopération des professionnels confrontés à des problèmes de santé complexes. Cette vision laisse à penser que la dimension prise en compte reste encore essentiellement celle du risque maladie et non celle du risque santé.

D'autre part, on pourrait aussi s'interroger sur le fait que la création de ces structures reste majoritairement le fait de professionnels, voire de financeurs, l'usager étant manifestement considéré comme un « *atout stratégique du changement* » (Vedelago, 2000) plutôt qu'un partenaire à part entière.

Aussi, les enjeux majeurs relèveraient plutôt de l'organisation du fonctionnement du triptyque usagers / professionnels / financeurs visant à élaborer une organisation plus structurée du risque santé et des trajectoires de prise en charge. Ces hypothèses renvoient alors beaucoup plus précisément à la notion de filière qu'à celle de réseau, ce qui laisse apparaître la perspective d'un nouveau partage du risque de nature à ne guère enthousiasmer les professionnels...

En tout état de cause, cette ouverture repose sur des options de politiques sociales majeures n'entrant pas dans des perspectives à court ou moyen terme.

Conclusion

Avec plus de 1000 structures recensées à ce jour², il est difficile de considérer que le développement des réseaux de soins ne puisse être qu'un « effet de mode ». En dépit d'un évident polymorphisme et d'hétérogénéité, ils sont porteurs d'indéniables enjeux « vertueux » en termes de pratique médicale avec le développement de pratiques collectives, mais également quant aux perspectives d'évolution vers une approche plus holistique de prise en charge des patients, dépassant le caractère réducteur des modèles curatifs en vigueur.

Le succès des premiers réseaux (dans le domaine de la gériatrie ou du sida) s'est établi en apportant des réponses opérationnelles à des lacunes des

¹ On se référera par exemple au délai de mise en œuvre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information des hôpitaux présenté en phase « expérimentale » pendant près de 15 ans...

² Source : Direction Générale de la Santé.

modalités de prise en charge existantes. Toutefois, une extrapolation quelque peu hâtive (en tous cas non suffisamment évaluée) a conduit nombre d'acteurs du secteur sanitaire à présenter d'emblée les réseaux comme des solutions de portée quasi universelle aux dysfonctionnements de notre système de soins. Si l'on peut postuler de l'adaptation de ce type de réponse aux pathologies chroniques, il est difficile d'envisager une généralisation à l'ensemble des prises en charge. Cette hypothèse se heurte en effet aux limites de multi-appartenance des praticiens et aussi aux capacités des usagers à choisir le réseau à intégrer en cas d'offre multiple, si ce n'est concurrente.

La présente période est manifestement critique dans leur cycle de vie, marquant le début d'une réelle reconnaissance institutionnelle, mais révélant également nombre de limites structurelles, en particulier dans le domaine de l'évaluation. Aussi convient-il sûrement de considérer leurs impacts potentiels avec mesure.

En fait, ce n'est probablement pas dans la modélisation d'une nouvelle forme d'organisation des soins qu'il faut voir l'intérêt principal des réseaux mais plutôt dans la reconnaissance d'une possible *approche locale* de cette organisation.

Cette possibilité rejoint les préoccupations de R. Soubie qui dans son rapport de prospective de 1993 soumettait la maîtrise des dépenses de santé à « *l'invention d'un nouveau compromis social entre pouvoirs publics, citoyens, producteurs de soins, producteurs et distributeurs de biens et produits médicaux et payeurs [...] tant il est vrai que les services de santé sont avant tout des services de proximité, et que les acteurs locaux sont les mieux à même de trouver les modes d'organisation et la gamme des services les plus adaptés aux besoins de la situation* ¹ ».

Jusqu'à présent, les mécanismes de régulation ou de planification de l'offre de soins ont essentiellement concerné le volume de l'offre, qu'il s'agisse d'en définir le périmètre général par le biais des *Schémas d'Organisation Sanitaires* ou bien en l'individualisant aux établissements par le biais de *Contrats d'Objectifs de Moyens*². Or, le développement des réseaux vise à permettre une évaluation *a posteriori* de modes de coordinations élaborés par les professionnels eux-mêmes. Il s'agit là d'une innovation sans précédent dans un secteur marqué par le contrôle *a priori*.

Ce modèle de « *solidarité nationale s'appuyant sur une régulation locale* » constitue à l'évidence un enjeu majeur de mise en œuvre des politiques de santé à venir, tant pour les décideurs que pour les acteurs locaux, ouvrant à ces derniers la perspective d'une possible « prise de parole ».

¹ Commissariat Général au Plan, « *Santé 2010* », rapport du groupe « Prospective du système de santé », Documentation Française, 1993, p. 73.

² Dispositifs institués dans le cadre des ordonnances de 1996.

BIBLIOGRAPHIE

- AKRICH M., PASVEER B. (1995), « La sécurité de la naissance aux Pays-Bas : coordonner par la technique ou par l'organisation ? », *Revue Française d'Administration Publique*, n° 76, pp. 575-584.
- ANAES (1999), « *Principes d'évaluation des réseaux de santé* », La Documentation Française, 140 p.
- BARRE S., HOUDART L. (1998), « Les statuts juridiques des réseaux », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 28, septembre, pp. 17-20.
- BEJEAN S. (1999), « De nouvelles théories en économie de la santé : fondements, oppositions et complémentarités », *Politiques et Management Public*, vol.17, n° 1, pp. 145-175.
- BEJEAN S., GADREAU M. (1996), « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », *Revue d'économie industrielle*, n° 81.
- BERAUD C. (1996), « La France à la recherche d'un système de soins », *Futuribles*, décembre, pp. 5-46.
- BERGMAN H. et alii (1999), « Systèmes de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie », *La Santé demain. Vers un système de soins sans murs*, dir. CLAVERANNE J.P., LARDY C., Economica, pp. 163-180.
- BOURGUEIL Y. et alii. (2000), « Réseaux de soins et évaluation - Proposition d'un cadre de référence commun pour l'évaluation des expérimentations 'réseaux et filière' », *Actes du Colloque des Economistes Français de la Santé*, 20 p.
- BOURGUEIL Y. (1998), « Les réseaux de soins : quelques repères », *Pratiques coopératives dans le système de santé - Les réseaux en question*, Editions ENSP, pp. 11-19.
- BUREAU D., CAUSSAT L. (1999), « Gestion publique et systèmes de santé », *Régulation du système de santé*, La Documentation Française, pp. 131-149.
- BUTERA F. (1991), « *La métamorphose de l'organisation - Du château au réseau* », Editions d'Organisation, 245 p.
- CHAUVIN F. et alii (1998), « Réseaux et filières », *Actualité et santé publique*, n° 25, décembre, pp. 40-46.
- Commissariat général du plan (1995), « *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie* », Rapport au Premier ministre, La Documentation Française, 557 p.
- Commissariat général du plan (1993), « *Santé 2010* », Rapport du groupe Prospective du système de santé, La Documentation Française, 151 p.
- CONDE Y. (1986), « Les réseaux de soins », *Gestions Hospitalières*, n° 259, octobre, p. 561-565.
- Conseil scientifique de l'évaluation (1996), « *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques* », La Documentation Française, 123 p.
- CONTANDRIOPOULOS A. P. et alii (2000), « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n° 48, pp. 517-539.
- DELANDE G. (1999), « Filières et réseaux en santé - Une approche médico-économique », *Gestions Hospitalières*, décembre, pp. 746-755.
- DESREUMAUX A. (1999), « Réseau », *Encyclopédie de la Gestion et du Management*, dir. LE DUFF R., pp. 1071-1072.

- DESREUMAUX A. (1996), « Nouvelles formes d'organisation et évolution de l'entreprise », *Revue Française de Gestion*, janvier-février, pp. 86-108.
- DRUMMOND M. F. et alii (1998), « **Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé** », Economica, 2ème éd., 331 p.
- DUPRE C. (1998), « La recomposition de l'offre de soins », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 28, septembre, pp. 30-32.
- ENA - Promotion René Char (1995), « **Les nouveaux enjeux des politiques de santé** », La Documentation Française, 676 p.
- ESCAFFRE J. P. (1994), « Analyse de clientèle à l'hôpital public », *Revue Hospitalière de France*, n°2, mars- avril, pp. 141-150.
- FRANCHISTEGUY I. (2000), « **Changement organisationnel dans les activités de santé** » Communication XVèmes journées des IAE Biarritz 2000, 26 p.
- FROELICHER T. (1998), « **Acteurs et débats structurants : En déambulant à travers les recherches sur les stratégies de coopération** », Cahier de recherche Grefige 1998-5, 18 p.
- FROSSARD M., BOITARD A. (1997), « Evaluation des réseaux de coordination gériatrique : une approche socio-économique », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol 45, n° 5, octobre, pp. 429-437.
- GADREAU M. (2000), « **Le réseau en santé, un 'Objet Collectif Non Identifié'** », Actes du Colloque des Economistes Français de la Santé, 20 p.
- GEINDRE S. (1998), « **Confiance et pratiques de réseau** », Cahier de recherche Cerag, n° 98.13, 21 p.
- GHADI V., NAIDITCH M. (2000), « Le patient et le système de soins : quelle implication pour l'individu ? », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 33, décembre, pp. 33-35.
- GREMY F. (1997), « Filières et réseaux – Vers l'organisation et la coordination du système de soins », *Gestions Hospitalières*, n° 367, juin-juillet, pp. 433-438.
- GRIGNON M., MIDI F. (2000), « Le réseau de soins : quels coûts pour quelle santé ? », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 33, décembre, pp. 41-45.
- HIRTZLIN I. (1999), « La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé », *Politiques et Management Public*, vol.17, n° 3 septembre, pp. 107-127.
- IMAGE (groupe) (1998), « **Pratiques coopératives dans le système de santé – Les réseaux en question** », Editions ENSP, 99 p.
- KERVASDOUE (de) J. (1999), « **Santé. Pour une révolution sans réforme** », Le Débat - Gallimard, 199 p.
- LABOURDETTE A. (1993), « **Economie de l'hôpital public** », Cahier de recherche n° 93.16, 14 p.
- LAMBERT D. C. (2000), « **Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels** », Seuil, 521 p.
- LARCHER P., POLOMENI P. (2001), « **La santé en réseaux – Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital** », Masson, 185 p.
- LARCHER P. (1998), « Les enseignements des réseaux existants », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 28, septembre, pp. 21-22.
- LE FAOU A. L. (2000), « **L'économie de la santé en questions** », Ellipses, 2ème éd., 256 p.
- LETOURMY A. (1995), « Les formes économiques de la régulation des dépenses de santé en France : le gaspillage négocié », *Revue Française d'Administration publique*, n° 76, décembre, pp. 561-574.

-
- LOMBRAIL P. et alii (2000), « Repères pour l'évaluation des réseaux de soin », *Santé publique 2000*, vol. 12 n° 2, pp. 161-176.
- LOMBRAIL P., FRATTINI M. O. (1998), « Pratiques coopératives dans le système de santé : quels enjeux », *Pratiques coopératives dans le système de santé – Les réseaux en question*, Editions ENSP, pp. 89-94.
- LOUART P. (1996), « L'apparente révolution des formes organisationnelles », *Revue Française de Gestion*, janvier-février, pp. 74-85.
- MEYER C. (1996), « *Partenariats, filières, coopérations, réseaux dans le système de santé* », Sanesco, Rapport pour le Commissariat général au plan, La Documentation Française, 97 p.
- MICHEL P. et alii. (2000), « Evaluer les processus en santé : importance et limites actuelles », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n°48, pp. 571-582.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DATAR, CREDES (2000), « *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* », La Documentation Française, 258 p.
- MOUGEOT M. (1999), « *La régulation du système de santé* », Rapport, La Documentation Française, 203 p.
- PAILLERETS (de) F. (1999), « *Réseaux de soins et les relations entre l'hôpital et la médecine de ville* », Conférence nationale de la santé : Rapport, La Documentation Française.
- PACHE G., PARAPONARIS C. (1993), « *L'entreprise en réseau* » PUF, 127 p.
- PAILLERETS (de) F. (1999), « *Réseaux de soins et les relations entre l'hôpital et la médecine de ville* », Conférence nationale de la santé : Rapport, La Documentation Française.
- PATTE D. (1998), « Les enjeux de la coordination », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 28, septembre, p. 16.
- PATTE D. (1998), « Les réseaux et la santé publique », *Actualité et dossier en santé publique*, n°28, septembre, p. 15.
- POLTON D. (2001), « L'élaboration du schéma des services collectifs sanitaires : l'occasion d'une réflexion prospective sur le système de santé », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n° 49, pp. 217-220.
- POUTOUT G. (1999), « Réseaux : la fin des citadelles », *Technologie Santé*, n° 37 juillet, p. 5-28.
- PRADEAU F. (1998), PRADEAU M. C., « Intérêt des concepts 'filières de soins' et 'réseaux de soins' pour les établissements hospitaliers », *Gestions Hospitalières*, octobre, pp. 617-621.
- SCHWEYER F.-X. (1998), « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'état ou territorialisation », *Politiques et Management Public*, n° 3 vol. 16, septembre, pp. 43-68.
- SETBON M. (1993), « Des politiques de santé à leur management : Un sujet sans objet ou une nécessité sans capacité ? », *Politiques et Management Public*, n° 1 vol. 11, mars, pp. 111-127.
- VEDELAGO François (2000), « L'utilisateur comme atout stratégique du changement dans le système de santé », *Les usagers du système de soins*, Editions ENSP, pp. 55-73.