



**Pilotage des politiques et actions
en Santé Publique**

Promotion : **2010 - 2011**

Date du Jury : **06 Juillet 2011**

**Les réseaux de santé à l'heure
du Nouveau Management Public**

Charles RIGAUD

Remerciements

Avant de débiter ce mémoire, je tiens à remercier l'équipe du bureau PF3 « coopérations et contractualisations » de la DGOS. Madame Dominique Renard et Monsieur Hugo Gilardi pour m'avoir accepté en stage dans leur service. Cette expérience fut pour moi très formatrice et la confiance qu'ils m'ont accordée très motivante. Je les remercie également de m'avoir permis de travailler en autonomie et d'accueillir mes réalisations avec intérêt.

Je remercie également Mademoiselle Naima Barry, Chargée de mission et tutrice, pour sa disponibilité, ses conseils, son aide et sa bonne humeur, et cela, même en cas de débordement tout au long de la période stage.

Je n'oublie pas tous les membres du bureau, les « COCO », avec qui j'ai passé d'excellents moments qui m'ont permis de m'intégrer très rapidement au sein de la DGOS et de la ville de Paris.

Je tiens à remercier aussi toute les équipes avec lesquelles j'ai travaillé pendant ce stage notamment les bureaux du 1^{er} recours et de la prise en charge post aigues pathologies chroniques et santé mentale pour m'avoir fait confiance lors de la réalisation de plusieurs missions.

Enfin je remercie Monsieur François-Xavier Schweyer, directeur de mémoire, pour ses conseils et sa disponibilité dans la rédaction de cet ouvrage.

Sommaire

Introduction	1
1 Pourquoi vouloir créer un cadre de référence aux réseaux de santé ?	5
1.1 Les réseaux de santé, entre initiatives de terrain et politique publique	5
1.2 Les réseaux de santé, quel type d'organisation.....	8
1.3 Difficultés et ambiguïtés	13
2 Le travail de conceptualisation du cadre de référence	19
2.1 La nouvelle gestion publique et « l'Etat Stratège »	19
2.2 Les méthodes de travail de la Nouvelle Gestion Publique	25
2.3 La NGP nouvel outil de contrôle du politique sur l'administration	31
3 Le cadre de référence des réseaux de santé ou la redéfinition de leurs rôles et missions dans le système de santé actuel.....	35
3.1 La place des réseaux de santé dans l'organisation du système de soins	36
3.2 Le rôle et les missions attendues des réseaux de santé.....	42
3.3 Le pilotage des réseaux entre contrats et conventions	49
Conclusion	51
Bibliographie	53
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

FIQCS	Fonds d'Intervention pour la qualité et la coordination des soins
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
ARS	Agence Régionale de Santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
RGPP	Révision Générale des Politiques Publiques
NMP	Nouveau Management Public
NGP	Nouvelle Gestion Publique
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finance
HMO	Health Maintenance Organization
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville
DNDR	Dotation Nationale de Développement des Réseaux
AFNOR	Agence Française de Normalisation
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen
GAR	Gestion axée sur les résultats
GAPR	Gestion axée sur la performance et les résultats
JPE	Justification au premier euro
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
SSIAD	Service de soins infirmiers a domicile
FMC	Formation médicale continue
DPC	Développement personnel continu
HAD	Hospitalisation à domicile
HPST	Hôpital, patient, santé et territoire
PPS	Plan personnalisé de santé
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des maladies Alzheimer
DMP	Dossier médical partagé
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat

Introduction

Xavier Bertrand, ministre du Travail, de l'Emploi et la santé, démontrait en 2005 lors de la visite du réseau Pallium, un réseau de soins palliatifs, son intérêt pour le travail en réseau avec « la conviction que les professionnels de santé ne doivent plus travailler chacun dans son coin ». « Le pallium démontre qu'en décloisonnant les services on peut réussir de belles choses », a indiqué le Ministre soulignant que sa politique en matière de santé allait reposer sur ce principe. « Je souhaite que d'ici 2007 soit crée dans chaque département de France un réseau de soins palliatifs pour 400 000 habitants¹. »

Cette visite qui venait à la suite du vote de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie du 22 avril 2005, à l'initiative de Jean Leonetti, s'inscrivait aussi dans un processus de reconnaissance des réseaux de santé.

Reconnus sous leur forme actuelle dans le code de la Santé publique depuis la loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les réseaux de santé, forme organisationnelle innovante, constitue un instrument nouveau pour l'aménagement du territoire. En rationalisant la répartition de l'offre de soins et en mettant en relation des prestataires auparavant isolés, le réseau de santé est un facteur potentiel d'équité dans l'accès aux soins de la population.

Les réseaux de santé, dont le nombre ne fait que croître depuis 2002 (de 183 en 2003 à 742 en 2009), sont financés depuis 2007 par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la coordination des soins (FIQCS). Ils s'insèrent progressivement dans le système de santé actuel et tentent de répondre aux besoins d'accompagnement global et organisé des personnes face à un problème de santé publique identifié sur une aire géographique déterminée. Ils constituent une troisième forme de prise en charge sanitaire décloisonnée entre l'hospitalier, l'ambulatoire et le médico-social et doivent permettre de coordonner l'ensemble de ces acteurs de l'offre de soins autour d'un patient.

Si les réseaux de santé ont le soutien de l'actuel Ministre de la Santé, s'ils représentent de par leur nombre un mode d'organisation important dans le paysage de la santé, leur avenir à long terme n'est pas pour autant assuré. La mise en œuvre partielle et institutionnalisée du réseau ne semble pas, jusqu'à présent, répondre aux espérances. Le réseau déçoit ses protagonistes parmi les plus enthousiastes et se voit officiellement remis en cause par le rapport de l'Inspection Générale des Affaires (IGAS) de 2006.

¹ La lettre d'information du Pallium, Numéro spécial, Septembre 2005

Aujourd'hui plus encore « la combinaison de la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) et de la forte contrainte budgétaire ressentie localement sur le FIQCS offre l'opportunité d'une remise en cause du financement des dispositifs les moins justifiés, en termes d'efficience et d'équité de la prise en charge des patients. Les dispositifs particulièrement coûteux au regard du service rendu sont parfois bien identifiés au plan local. [...]

Cette situation finit par jeter un discrédit global sur l'intérêt des innovations locales, dans la mesure où elles ne peuvent déboucher sur des dispositifs généralisables, voire simplement reproductibles, parce que leur rapport qualité/coût n'est pas probant. [...]

L'échelon central devrait donc appuyer les ARS dans une politique de révision générale des dispositifs financés, en particulier sur le FIQCS, en mettant à leur disposition une panoplie de critères et de moyens de comparaison interrégionaux. Ceci faciliterait le travail des ARS d'objectivation de leurs décisions difficiles auprès des opérateurs². »

Cet extrait du rapport de l'IGAS de Juillet 2010 tout comme la forte attente qui s'exprime à l'égard de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) de la part des ARS mais également des représentants des réseaux eux mêmes, qui attendent une clarification de la « doctrine nationale », marque le point de départ d'une nouvelle réflexion vis-à-vis des réseaux de santé.

Afin de répondre à ces attentes, il convient de privilégier des objectifs très opérationnels, le produit final proposé sera un guide méthodologique à destination des ARS qu'il conviendrait de livrer au plus tard en novembre.

Cette réflexion qui aura comme résultat de fournir « une panoplie de critères et de moyens de comparaison interrégionaux » aux ARS va permettre « remise à plat » de l'organisation des réseaux, leur financement et les modalités de leur évaluation.

Cette révision générale des politiques régionales demandée aux ARS est en réalité un sous-ensemble d'une politique nationale plus large et plus ancienne : la Révision générale des politiques publiques (RGPP).

Initiée en en juin 2007, la RGPP, cadre structurant de la réforme de l'Etat vise à changer en profondeur l'organisation administrative française et le contenu de l'action publique, en répondant à une triple exigence : offrir un meilleur service public aux usagers, faire bénéficier les agents de meilleures conditions de travail et de carrière et diminuer le niveau des dépenses publiques.

La nouvelle étape qui s'est ouverte en juin 2010 vient amplifier l'effort de modernisation en approfondissant les réformes en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité du

² Rapport IGAS 2010, Sur les fonds d'Assurance Maladie (FNPEIS, FNPEISA, FNPM, FIQCS et FMESPP)

service rendu aux usagers et en élargissant le champ de la réforme au-delà de l'Etat, vers les opérateurs, les hôpitaux et les organismes de sécurité sociale³.

Pour continuer ce jeu de poupées russes il me semble opportun de rappeler que cette RGPP n'est que la matérialisation concrète d'une nouvelle théorie de gestion publique, le Nouveau Management Public (NMP). Avant de s'interroger plus longuement sur cette théorie nous pouvons d'ores et déjà en faire un bref historique. Au début des années 1980, de nombreux pays ont du faire face à une crise financière caractérisée par un important déficit public et un endettement élevé. Dans ce contexte, pour mieux répondre aux attentes et exigences des citoyens et dans le but d'encadrer, de rationaliser voire de réduire les coûts, des solutions ont été envisagées en terme de management. Ainsi, des méthodes de management – traditionnellement employées dans le secteur privé – se sont peu à peu répandues dans la sphère publique, constituant le courant du Nouveau Management Public ou la Nouvelle Gestion Publique (NGP). En France ses applications les plus médiatisés sont donc la RGPP et plus anciennement la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) du 1er août 2001, en application depuis 2006.

Si la Révision générale des dispositifs régionaux financés sur le FIQCS découle de la RGPP qui elle-même est le résultat opérationnel de la Nouvelle Gestion Publique cette dernière peut-elle avoir un impact sur les réseaux de santé ?

L'objectif de ce travail est d'analyser le processus de réalisation d'un cadre de référence des réseaux de santé au sein de la DGOS.

Avant de s'interroger sur les modifications du fonctionnement d'une administration centrale orchestrés par la théorie du Nouveau Management Public et ses applications concrètes il sera indispensable, à l'aide d'une revue de littérature et des entretiens auprès de personnes référents, de faire le portrait des réseaux de santé tel que nous les connaissons aujourd'hui. Enfin nous tenterons d'établir, en fonction de l'avancée des travaux de la DGOS, le commencement du futur cadre de référence des réseaux de santé.

³ <http://www.rgpp.modernisation.gouv.fr/index.php?id=calendar>

1 Pourquoi vouloir créer un cadre de référence aux réseaux de santé ?

Le réseau de santé est une organisation française dont il existe peu d'équivalent à l'étranger. Les réseaux de santé en France ont émergé lentement sous l'impulsion des associations de patients atteints du SIDA. C'est en 1991 qu'a lieu la première officialisation des réseaux (circulaire du 4 juin 1991 relative à « la mise en place des réseaux ville/hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infections à VIH »).

20 ans après l'officialisation des réseaux de santé nous ferons dans cette première partie un portrait des réseaux tel que nous les connaissons aujourd'hui. Nous évoquerons successivement les origines des réseaux, leur mode d'organisation et les difficultés qui les accompagnent.

1.1 Les réseaux de santé, entre initiatives de terrain et politique publique

Comme le souligne Gilles Poutout dans la revue hospitalière de France « Les réseaux de santé se développent quand le système de santé montre des failles ou des lacunes. Tel est le terreau des réseaux : ils sont venus pallier les inadaptations, les rigidités et les cloisonnements du système de santé français ». Cette explication de l'émergence des réseaux de santé masque le caractère dual et ancien de leur développement. Les réseaux de santé sont issus d'initiatives de terrain, ils ont été ensuite progressivement légalisés et étendus.

La lutte contre la tuberculose fut la première expérience française en matière de réseau, Lorsqu'au moment de la mobilisation générale de 1914, 65 000 militaires sont réformés, on prend conscience du risque de contamination, on fait voter une loi demandant aux préfets d'ouvrir des dispensaires dans les grandes villes. Un véritable plan de prise en charge globale, un réseau, se met en place dont le pivot est le dispensaire. Il se caractérise notamment par un diagnostic précoce, une prise en charge gratuite, et la prophylaxie est effectuée par une infirmière visiteuse à domicile chargée de l'éducation sanitaire de l'entourage et du public⁴.

L'apparition du SIDA dans le milieu des années 1980 va considérablement modifier la structure du système de soins. Cette pathologie nouvelle constitue une réalité complexe où se cristallisent des conflits entre intérêts individuels et collectifs (Adam, Herzlich, 1994).

⁴ Juan Manuel Vinas ; L'avènement des réseaux de la tuberculose aux ordonnances de 1996

Dans les faits les pouvoirs publics vont répondre trop lentement à l'essor de la pandémie faute d'une politique de santé publique efficace (Setbon, 1991). La lenteur administrative incite les acteurs à s'investir dans de nouvelles organisations. En effet, la prise en charge des malades atteints par le VIH par les établissements hospitaliers est largement contestée. Le sida a révélé des dysfonctionnements et les insuffisances du système sanitaire français, mais il a également contribué à en modifier les contours.

Dès le milieu des années 1980 les premiers réseaux ville-hôpital sont créés. Ces structures, définies ensuite par la circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux Ville-Hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale de personnes atteintes d'infection à VIH, réunissent des omnipraticiens, des médecins hospitaliers, des professions paramédicales et des travailleurs sociaux avec le souci d'améliorer la trajectoire des patients dans le dispositif de prise en charge et de diffuser de nouvelles pratiques thérapeutiques⁵. Leur développement, avec des financements mixtes entre État et assurance maladie, reste trop confidentiel ce qui va s'exprimer par la multiplication de réseaux informels reposant beaucoup trop sur le bénévolat.

Les ordonnances de 1996 prennent acte de l'insuffisance de prise en charge dans de nombreux domaines (dépendance, maladies chroniques, prévention...), de la nécessité d'un décloisonnement du système de santé. Elles donnent pour ce faire une base légale aux réseaux de santé et un certain nombre d'outils indispensables à la gestion en réseau sont proposés : dossier médical partagé, informatisation, système d'information...

Dans l'article « Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique », M. Daigne, M. Bonnin, F. Farsi, F. Grémy montrent que le désir de travailler autrement des professionnels de santé provient aussi de la prise de conscience des déterminants la non-qualité en santé :

1. La difficulté croissante des métiers de la médecine, due à l'explosion des connaissances, à la balkanisation des spécialités, à une certaine perte de considération sociale (et souvent financière) de la profession

2. La conscience, certes tardive, mais croissante du mauvais fonctionnement du système de soins, surtout quand on met en parallèle ses coûts, excessifs peut-être, mal contrôlés, et son efficacité médiocre

3. La modification du paysage épidémiologique

4. La modification du paysage démographique lié aux allongements parallèles de l'espérance de vie : un an tous les 4 ou 5 ans, et de l'espérance de vie sans incapacité majeure.

⁵ Jean-Paul Domin ; Les réseaux de santé : une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté

5. le rôle de la médecine curative individuelle comme déterminant quasi exclusif de la santé est de plus en plus discuté. L'idée d'une politique de santé publique prenant en compte les nombreux déterminants extra sanitaires, le plus souvent socio-induits, qui conditionnent la santé de la population, prend de plus en plus de poids.

C'est le besoin de qualité qui justifie principalement la recherche et l'essai de nouvelles formes d'organisation des soins, l'évolution des pratiques professionnelles, fondés sur une vision moins individualiste des pratiques, une nouvelle culture et une nouvelle éthique de la santé. Les différentes formes de ce qu'il est convenu d'appeler les réseaux de santé sont l'expression – peut-être la plus achevée – de cette recherche et de ce désir.

La loi du 4 mars 2002 (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) a définitivement couronné la notion de réseau dans le système de soins. Elle complète la loi de financement de la sécurité sociale et donne une définition légale et unique des réseaux. Elle fixe, l'objet, les missions, la composition et le mode de financement des réseaux. Elle reconnaît les réseaux de santé « comme étant des intervenants du système de santé au même titre que les établissements, les professionnels, les organismes d'assurance maladie, ainsi que tous les autres organismes participant à la prévention et aux soins tout comme les autorités sanitaires ».

1.2 Les réseaux de santé, quel type d'organisation

1.2.1 L'articulation logique professionnelle et logique d'action collective ;

L'aspiration à un changement de pratique, ce que certains appellent le « désir de réseau » implique un changement de culture et de valeurs. Cet « esprit réseau » est le fait culturel essentiel. Il consiste à une approche renouvelée du patient, considéré dans l'intégralité de sa personne (dans toutes les dimensions de son humanité et dans son histoire), intégralité qui en fait un être singulier, unique et insubstituable, à qui tout respect est dû. Ce regard implique un élargissement des perspectives vers plus de globalité dans l'approche des problèmes de santé.

Ce nouveau regard sur le patient convainc tout praticien ou professionnel qu'il ne peut seul satisfaire tous les besoins réels ou ressentis, exprimés ou non⁶.

Quatre éléments fondateurs sont à l'origine du réseau : la recherche de complémentarités, la volonté de réduction de l'incertitude, la diffusion de l'information et des connaissances et le rôle de la confiance

1. La recherche de complémentarités

Le réseau nécessite d'abord un effort de coopération. Le modèle évolutionniste considère que la menace peut conduire à la coopération. Elle résulte de l'établissement d'un cercle vertueux qui la garantit. Les agents engagent des ressources dans la coopération sans savoir si leurs adversaires en profiteront. La coordination repose sur le développement d'une culture commune permettant de fournir des règles de référence (Dupuy, Torre, 2000). Cette logique de réputation oblige celui à qui l'on fait confiance à tenir sa parole car toute remise en cause risque de compromettre de futurs accords. Ce mécanisme contient implicitement un comportement de groupe qui s'élabore à partir de la confiance.

La recherche de complémentarités permet également de répondre à des problèmes de coordination. L'économie des conventions suppose que la coordination des décisions individuelles ne résulte pas d'accords calculés puisque l'incertitude est radicale. Il faut donc recourir à des règles de comportements permettant d'apprécier la pertinence des informations sans pour autant avoir besoin de les analyser toutes, en raison de leur abondance⁷.

Ainsi les coordinations, tant contractuelles que marchandes, s'appuient-elles sur des règles que les acteurs ne discutent pas, dépassant ainsi le modèle walrassien de coordination par les prix.

⁶ M. Daigne, M. Bonnin, F. Farsi, F. Grémy ; Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique

⁷ Béjean ; De nouvelles théories en économie de la santé : fondements, oppositions et complémentarités (1999)

La fonction de la proximité géographique dans la coordination des agents de fait de la particularité inhérente aux réseaux de soins (suivi de malades, circulation des informations et des connaissances,...) favorise le rapprochement pour la coordination des activités. Or les connaissances ne peuvent être séparées de leurs détenteurs, les activités sont donc effectuées dans les cadres de relations fréquentes de face à face (Rallet, 2000)

2. La réduction de l'incertitude

La réduction de l'incertitude repose sur une logique similaire. Face à des questions complexes, les professionnels de santé, les patients et leur entourage tentent de réduire l'incertitude à laquelle ils ont à faire face⁸. Dans cette perspective, la constitution du réseau doit permettre de confronter les points de vue et les expériences sur des sujets comparables. De cette confrontation naissent des routines, des modèles de comportement permettant de réduire l'incertitude liée à la prise de décisions. La routine est en ce sens une convention dans la mesure où sa conception est conforme à une règle de comportement résultant d'un apprentissage et dont l'objectif est de réduire l'incertitude (Béjean, 1999).

Le réseau réduit l'incertitude grâce à la confrontation des idées, des points de vue et des expériences (Béjean, 1999). Il ne repose donc ni sur des relations marchandes, ni sur des relations hiérarchiques, mais sur des relations de confiance entre les adhérents. Ces relations informelles s'appuient sur un ensemble de pratiques communes, d'habitudes et de routines.

3. La diffusion de l'information

L'expérience partagée entre les acteurs et l'apprentissage favorisent la diffusion de l'information ainsi que la création de compétences et de connaissances nouvelles. La constitution d'un réseau accélère la mise en commun des informations et des savoirs et permet de mettre en place de nouvelles pratiques. L'accès à l'information doit ainsi permettre la réduction de l'incertitude. Elle est donc considérée comme « une antidote à l'incertitude » (Béjean, Gadreau, 1997).

Les réseaux n'ont pas seulement une fonction de transmission des savoirs et des informations, ils peuvent également créer des compétences et des connaissances à la fois de nature individuelle, mais également de nature collective. La spécialisation du réseau favorise donc un processus d'apprentissage collectif.

⁸ Béjean, Gadreau ; Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé (1997)

4. Une nécessité : les relations de confiance entre les acteurs

Le réseau est également un mode de coordination des activités économiques pouvant être défini comme « un ensemble d'organisation ou d'individus engagés réciproquement dans des transactions récurrentes régulées selon un mode de coordination ni strictement marchand, ni strictement hiérarchique » (Béjean, Gadreau, 1997). Il repose sur des relations de confiance et de proximité qui instaurent des règles durables entre les personnes. La confiance apparaît alors comme une modalité de coordination entre les acteurs et propose un dépassement des coordinations marchande et hiérarchique. Le réseau favorise ainsi la mise en œuvre de règles-conventions limitant les comportements individuels afin d'instaurer des relations de confiance et de coopération entre les membres.

1.2.2 Une réalité contextuelle ;

Si Les modalités de prise en charge du patient sont adaptées selon le contexte historique, géographique, social, ou de l'offre de soins⁹ on peut penser que les modalités d'organisation des réseaux de santé suivent la même logique. Les réseaux apparaissent comme autant d'expériences uniques et solidaires de leur contexte : elles ont été définies puis se sont développées à une époque et sur un territoire donnés, afin de répondre à des besoins spécifiques¹⁰.

La notion de territoire spatial du réseau est une notion complexe qui intègre la définition de cible au même titre que le choix d'une thématique de soins (cancer, gérontologie, diabète...), et/ou d'un groupe humain (femmes enceintes, toxicomanes, ...).

La délimitation d'une aire géographique où va se jouer l'activité du réseau : quartier, ville, agglomération, canton, bassin de santé, département, voire groupe de départements ou région est difficile à matérialiser puisque la notion de réseau élimine les notions de frontières.

En définitive, la notion de territoire telle qu'on l'entend dans les réseaux de santé emprunte aux dimensions de l'espace, de l'historicité, de la culture, de la profession, de la citoyenneté. C'est souvent dans un projet de système de santé local, et pour des raisons dont la politique n'est pas absente, que certaines configurations d'acteurs en réseau souhaitent s'investir¹¹

Les modalités d'organisation et d'activités dépendront donc de l'environnement du réseau mais les acteurs qui composent le réseau de santé sont aussi des éléments qui modifieront l'organisation du réseau.

⁹ Gilles Poutout ; Revue hospitalière de France n°516

¹⁰ Anne Buthard ; Le réseau en santé, Une pluralité de fondements théoriques pour une mise en œuvre pertinente

¹¹ M. Daigne, M. Bonnin, F. Farsi, F. Grémy ; Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique

L'article L6321-1 du code de la santé publique dit que les réseaux de santé sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, 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. L'article de loi met l'ensemble de ces acteurs sur le même d'égalité. En réalité les engagements dans le réseau sont divers ce qui introduit des distinctions entre acteurs tant dans leurs activités qu'à l'échelle du temps.

Dans le temps, il s'agit d'articuler les ressources nécessaires pour assurer un parcours de soins harmonisé et à long terme. Le réseau de santé fait le lien entre le synchronique (court terme) et le diachronique (long terme)¹².

Si le réseau fait le lien entre tous les professionnels de santé en charge du même patient, l'intégration et l'implication de ces mêmes professionnels aux réseaux sont différentes.

On peut décrire le réseau comme composé de deux cercles¹³ :

1. Un premier cercle peut être qualifié de noyau dur, car il se caractérise par la permanence d'engagement dans le réseau et par l'investissement de temps et d'énergie, tant en activité individuelle qu'en activité plus collective de coordination et de discussion.
2. Un deuxième cercle plus large se compose de professionnels qui entrent provisoirement dans le réseau à l'occasion d'un événement particulier, lorsqu'un de leur malade est pris en charge, provisoirement, par le réseau.

Plusieurs théories s'affrontent quant aux mécanismes qui fondent cette plus ou moins grande auto-organisation et structuration réticulaire spécifiques.

Pour certains auteurs comme Faure (2005); Halpern (1992) ou Pickstone (2007) l'explication principale des difficultés de coopération censées exister entre professionnels issus d'ensemble concurrents serait les luttes collectives qui divisent en sous-groupes relativement homogènes l'intérieur de la profession médicale. Les spécialités surdétermineraient ainsi l'organisation de la prise en charge locale, et partant les mécanismes, supposés plus qu'explicités, de coopération et les conflits entre prof concernés

D'autres comme Bercot (2006) ou Schweyer (2005) font du partage de croyances similaires concernant le « bon » soin, la clé d'épanouissement des coopération entre professionnels de santé. Enfin les différents travaux interactionnistes d'A. Strauss,

¹² Gilles Poutout ; Revue hospitalière de France n°518 , 2007

¹³ Régine Bercot ; La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles

Baszanger (1986) ou Ménoret (1999) montrent que les conflits et coopérations trouvent leurs fondements principaux dans les conditions à chaque fois renouvelées de l'interaction professionnelle, au point que la quête de déterminants ou facteurs qui dépassent la singularité des conditions locales immédiates de leur réalisation soit jugée si ce n'est illégitime du moins illusoire. Les conclusions de leurs recherches révèlent plus volontiers l'existence d'un « ordre négocié », local et contingent.

Chaque modèle pouvant être discutés et remis en question, Henri Bergeron et Patrick Castel proposent, dans *Sociologie du travail*/52/2010 ; Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins, de compléter ces théories. Selon eux, la coopération se fonde sur l'appariement entre un professionnel dit « captant » qui considère devoir assurer le suivi du patient tout au long des étapes qui scandent la curation (interventions de diagnostic et d'aide au diagnostic, interventions curatives, interventions palliatives ou de support et interventions post-curatives de surveillance et de prévention) et d'autres professionnels qui conçoivent leur intervention comme ponctuelle et limitée à une étape de la trajectoire thérapeutique.

Deux comportements s'initient alors :

- Lors de l'intervention « ponctuelle » le professionnel doit articuler son activité à celle d'un réseau susceptible de prendre le relais une fois l'étape menée à terme ;
- Pour l'intervention « tout au long du processus » les professionnels dits « captants » doivent maintenir des liens serrés avec les patients et rester leur référent principal tout au long de leur parcours thérapeutique. Ils se conçoivent comme le centre d'un réseau disposé en étoile

Nous retrouvons bien l'idée développer par Régine Bercot des deux cercles de professionnels gravitant dans et autour du réseau de santé.

En 2009, d'après le rapport d'activité du FIQCS, 742 réseaux de santé existent en France, pour un montant total d'engagements pluriannuels de 475 millions d'euros (dont 165 millions versés en 2009), et couvrent 22 thématiques de coordination de prise en charge des patients. Les réseaux gériatriques (16%), les réseaux de soins palliatifs (13%) et de cancérologie (9%) sont les plus représentés. Malgré ce relatif succès des difficultés et ambiguïtés subsistent autour des réseaux de santé.

1.3 Difficultés et ambiguïtés

1.3.1 Une législation ambiguë

L'histoire réglementaire des réseaux de santé est marquée par deux périodes vraiment distinctes. La première de 1991 à 2002 synonyme de reconnaissance et celle à partir de 2002 qui reflète une volonté d'institutionnalisation des réseaux de santé.

La reconnaissance officielle des réseaux en santé remonte aux années quatre-vingt-dix avec la circulaire du 4 juin 1991 : « la notion de réseau traduit le fonctionnement d'une organisation collective entre plusieurs partenaires, professionnels ou volontaires juridiquement indépendants et aptes à apporter sur les plans préventifs, médicaux, sociaux et psychologiques, les ressources complémentaires requises pour un patient. Il valorise l'usage de ces ressources ou l'emploi de ces intervenants en favorisant leur relation et leur coordination au bénéfice d'une population donnée ».

Cependant, les organisations réticulaires n'ont jamais, avant les deux ordonnances de 1996, été envisagées de façon globale par le législateur, étant plutôt considérées comme des initiatives ponctuelles, locales et particulières à certains champs médicaux. La première (n° 96-345) crée des réseaux de soins régis par le code de la Sécurité sociale (réseaux Soubie) proches des Health Maintenance Organization (HMO) américaines. La seconde (n° 96-346) institue des réseaux régis par le code de la santé publique (réseaux ville-hôpital) et encadre leurs fonctions.

Rapidement, les divergences d'appréhension de la nature et du rôle des réseaux se cristallisent entre acteurs de terrain et pouvoirs publics. Par exemple, pour les pouvoirs publics, les réseaux ont pour objectif, d'organiser un accès plus rationnel au système de santé et une meilleure coordination dans la prise en charge du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins. Les réseaux de soins expérimentaux doivent permettre « la prise en charge globale des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques ». Alors que pour la Coordination nationale des réseaux (fondée en 1997 par les promoteurs de réseaux) « le réseau constitue, à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté. »¹⁴

D'après la circulaire du 25 novembre 1999 : « Les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, pour un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer les besoins des personnes, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité ».

¹⁴ Marie-Odile Frattini, Michel Crémadez ; Les réseaux de santé

Cette circulaire n° 99-648, même si elle n'est pas réellement appliquée, reconnaît la pertinence des réseaux de soins dans le système de santé publique et met fin à la multiplication des textes concernant les réseaux. Elle en instaure une définition très large et en harmonise les conditions d'accès au financement public.

On peut qualifier 2002 d'"année blanche", de transition, pour les réseaux, dont le cadre légal ainsi que les modalités de suivi et de financement vont être totalement revisités. En particulier par l'article 84 de la loi du 4 mars 2002. L'apport majeur de cet article est de simplifier et d'harmoniser le cadre légal des réseaux, dorénavant désignés par l'appellation commune de "réseaux de santé".

Dès lors, quel que soit le statut de ses acteurs, quelle que soit sa forme, toute organisation réticulaire relève nécessairement de ce même article de loi. Le réseau devient donc pleinement une structure transversale et n'est plus envisagé, comme le dénonçait M. Gadreau, par l'intermédiaire des producteurs de soins qui le composent, mais directement, en atteste la création d'une enveloppe spécifique de l'ONDAM pour son financement.

Cette transversalité est d'autant plus affirmée, que le réseau de santé n'est pas qu'un réseau de soins : la séparation héritée de la création de la Sécurité Sociale, entre curatif et préventif d'une part, médical et médico-social d'autre part, disparaît au travers de ces organisations telles qu'elles sont dorénavant considérées. Cette définition unique s'accompagne d'une enveloppe de financement prélevée sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Le dernier changement en date, en 2007, supprime les dispositifs Fonds d'Aide à la qualité des soins en ville (FAQSV) et la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). Dans la perspective des futures ARS, les réseaux sont désormais financés dans le cadre du FIQCS¹⁵.

1.3.2 Des tensions entre logique d'organisation, logique d'innovation et financement

La loi de 2002 renforce le pilotage des réseaux par les pouvoirs publics en les inscrivant dans la planification régionale et faisant de la formalisation de leur fonctionnement une condition de financement. Ainsi, « l'institutionnalisation des réseaux ne se réalise pas par la refonte de la régulation du système de santé mais plutôt par l'intégration des réseaux dans les outils de régulation¹⁶. Malgré cela, les réseaux restent soumis à des instabilités de leur cadre politico-administratif. Leur agrément est annuel ou au mieux triennal. Leur périmètre d'action et d'évaluation ne cessent d'évoluer¹⁷.

¹⁵ Anne Buthard ; Le réseau en santé, Une pluralité de fondements théoriques pour une mise en œuvre pertinente

¹⁶ Robelet, Serré et Bourgueil ; La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles (2005)

¹⁷ Marie-Odile Frattini, Michel Crémez ; Les réseaux de santé

Or l'institutionnalisation d'un réseau et son financement supposent un cahier des charges conforme aux règles administratives des financeurs et des autorités sanitaires régionales. Les règles du jeu doivent être formalisées, les relations deviennent contractuelles, les moyens octroyés ont pour contrepartie l'imposition d'un certain nombre de contraintes. L'artisan créateur libre et autonome doit s'acculturer au nouveau modèle : le réseau lui échappe car la pérennité du financement dépend officiellement de l'atteinte d'objectifs contractuels en cohérence avec une politique régionale.

Cette transition est fondamentale pour le développement des réseaux mais elle ne fait pas l'objet d'un discours construit ni d'une analyse. Le financement peut être pensé comme un signe de reconnaissance alors qu'en même temps il génère une forme de dépossession. L'énonciation d'exigences de résultats est légitime quand des fonds publics sont engagés, mais elle postule l'existence d'une relation contractuelle qui n'existe pas systématiquement au moment de la création du réseau¹⁸.

De plus si l'organisation en réseau est probablement une réponse cohérente et innovante pour répondre aux défis de l'évolution de notre organisation sanitaire, il n'en reste pas moins que leur développement et leur pérennité sont conditionnés par une dialectique permanente entre stabilité et instabilité. Les réseaux de santé sont ainsi soumis à la fois à une force d'inertie, indispensable à la mise en ordre de la variété et à la fois à une force de mouvement, nécessaire à la modularité des processus de soins¹⁹

1.3.3 Une évaluation problématique

Si la question de l'évaluation des réseaux de santé est au cœur de la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé « Dans une perspective d'amélioration permanente du service apporté aux patients et de meilleure efficience, l'évaluation fait partie intégrante de tout projet de réseau de santé » son application sur le terrain est en réalité problématique.

Une analyse de la bibliographie montre qu'en dehors des études d'évaluation réalisées dans chaque région, mais non disponibles dans les bases de données bibliographiques, il y a peu d'articles disponibles en France sur l'évaluation médico-économique des réseaux de santé, au regard du nombre de réseaux existants.

Toutefois quelques études de réflexions générales autour des réseaux de santé comme l'étude de référence, le document CREDES/IMAGE de 2001 (L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations), le Rapport IGAS de 2006 (Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DRDR) ou encore l'évaluation médico-économique des réseaux : Pourquoi et comment ? (2009) de L. Rochaix.

¹⁸ François-Xavier SCHWEYER ; Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils

¹⁹ Christelle BRUYERE et Pascal BONAFINI ; « Les réseaux de santé français : une structuration à double sens » *Revue Sociologie Santé* n°29

A la lecture de ces documents et d'autres publications concernant l'évaluation des réseaux plusieurs observations sont à faire :

- La finalité d'une évaluation est à 3 dimensions : cognitive, normative (jugement par rapport à une référence), instrumentale (élaboration de conclusions opérationnelles ou de propositions de changements éventuels). On distingue aussi évaluation formative et évaluation sommative : la première fait partie intégrante du projet et est un outil permanent de pilotage du projet ; la seconde permet de faire le point, de façon périodique, sur les objectifs atteints.
- Il n'est pas facile de distinguer dans les résultats ce qui relève d'actions de soins spécifiques (comme l'éducation thérapeutique) et ce qui relève de l'apport organisationnel des réseaux.
- L'efficacité des réseaux ces programmes sur les résultats médicaux ou aspects organisationnels est mieux documentée que les résultats économiques ; en effet, les évaluations économiques sont rares et on peut en outre penser que celles retrouvées dans la littérature présentent un biais de publication en faveur des études positives. L'évaluation de l'efficacité suppose de rapporter un différentiel de coût à une mesure de résultat ; selon les cas, ce peut être des années de vie gagnées, des événements intercurrents évités (réhospitalisations, complications...), ou des gains en termes de qualité de vie.
- Lorsqu'une évaluation complète est entreprise avec groupe témoin, il y a plusieurs méthodes utilisées ; la plus fréquente est ici/ailleurs : le groupe témoin est constitué au moment de l'inclusion dans le programme dans le cadre d'une étude prospective, une moitié des patients répondant aux critères d'inclusion bénéficie du programme, et une autre moitié étant prise en charge de façon classique.

On peut donc constater que la littérature n'est pas conclusive sur la question de la plus-value apportée par l'organisation en réseau, même si certaines études ponctuelles démontrent clairement une amélioration d'efficacité. Les problèmes méthodologiques sont toujours présents, et dans quasiment tous les cas, seules des méthodes « dégradées » par rapport au « gold standard » qu'est l'essai contrôlé randomisé, sont mises en œuvre.

De fait, cette observation a conduit certains auteurs à en quelque sorte théoriser cette impossibilité, soulignant que de toute façon, l'évaluation d'innovations organisationnelles telles que les réseaux de santé doit intégrer plusieurs dimensions, pour tenir compte justement du fait que ces innovations sont en cours de construction et que le processus suivi, l'appropriation de nouvelles pratiques de soins par les acteurs, la prise en compte des dimensions sociale, psychologique,... sont des éléments au moins aussi importants que la mesure de l'efficacité dans la procédure d'évaluation de telles organisations.

Les critiques sur le fonctionnement des réseaux de santé sont nombreuses et conduisent à une réflexion sur leur positionnement

Les réseaux de santé constituent à ce jour, de par leur ancienneté, le nombre de structures concernées, les financements mobilisés (83% des financements du FIQCS en 2009) un maillon important de la prise en charge globale des patients.

Ils ne sont, néanmoins, pas exempts de critiques. Plusieurs difficultés ont été soulevées dans les entretiens, les articles et revues analysés :

⇒ Il est relevé à plusieurs reprises le coût élevé par patient d'une prise en charge dans un réseau. Dans le rapport FIQCS 2009 ce ratio s'établit à 679 euros par patient, toutes thématiques confondues (422 en diabétologie, 1766 en soins palliatifs, 692 en gérontologie, etc.).

⇒ Il existe une forte disparité géographique de l'implantation des réseaux de santé. Prenons le cas de l'Ile de France qui compte 81 réseaux soit 11% du total des réseaux alors que l'Alsace n'en compte que 23 et la Corse seulement 4.

⇒ Les réseaux concernent une faible proportion des patients pour une thématique donnée (par exemple, pour le diabète, on peut estimer à partir du rapport du FIQCS que le nombre de patients inclus dans les réseaux est de l'ordre de 35 000, soit 1,2% du nombre de diabétiques en France).

⇒ Les réseaux sont centrés sur une pathologie et cette multiplication des réseaux par thématique finit par construire un maillage des soins complexe pour les acteurs transversaux que sont les médecins généralistes ou les infirmières ; chaque professionnel peut ainsi être amené à adhérer à 3 ou 4 réseaux dans son territoire d'implantation, avec dans chaque cas des procédures différentes, un système d'information différent.

⇒ Pour Jean-Yves Robin, les réseaux qui concernent une faible proportion des patients pour une thématique donnée (par exemple, pour le diabète, on peut estimer à partir du rapport du FIQCS que le nombre de patients inclus dans les réseaux est de l'ordre de 35 000, soit 1,2% du nombre de diabétiques en France) ont contribué à parcelliser le système de soins et sont sources d'inégalités d'accès.

A l'observation, on relève la diversité des formes organisées en réseaux. Cette complexité formelle est due, d'une part à l'ouverture créée par les textes permettant initialement l'expérimentation, et d'autre part, à l'évolution et à la régulation dans le temps des pratiques entre promoteurs de réseaux et partenaires institutionnels. On constate notamment un fort impact des modalités de financement sur le fonctionnement des réseaux, inscrivant, de ce fait, leur action sur le court terme en contradiction parfois avec leurs objectifs initiaux²⁰.

²⁰ ANAES/Mission évaluation réseaux de soins/Octobre 2001

Si les réseaux répondaient à un besoin déclaré de coordination entre les acteurs du système de soins français, le peu d'évaluation et leur plus-value médico-économique non-démontrée rendent nécessaire un questionnement autour du rôle et des missions de ces organisations réticulaires de la part de l'administration centrale.

L'Etat, à travers la DGOS, s'est emparé de cette question et travaille désormais sur l'élaboration d'un cadre de référence des réseaux de santé à destination des ARS.

La théorie du Nouveau Management Public insufflée depuis le début des années 90 a considérablement fait évoluer les missions de l'administration centrale ; Comment à travers le NMP, l'administration centrale trace-t-elle aujourd'hui les contours de ce cadre de référence ?

2 Le travail de conceptualisation du cadre de référence

Depuis maintenant près de deux décennies, la mouvance du Nouveau Management Public constitue indéniablement le paradigme dominant en matière de transformation de l'État. La crise des finances publiques, le mécontentement des citoyens vis-à-vis des prestations administratives, le développement des technologies de l'information ont été autant d'arguments pour affirmer la nécessité de "Réinventer le gouvernement"²¹ aux États-Unis ou d'adopter une Nouvelle Gestion Publique (NGP) dans les pays du Commonwealth, au Benelux et en Suisse.

Plusieurs thuriféraires de la NGP proposent rien de moins que de réinventer la conduite de l'action publique, comme le stipule le titre du best-seller de D. Osborne et T. Gaebler, ou d'opérer une révolution "copernicienne" au sein des services publics, pour reprendre l'expression de L. Van den Bossche, ancien ministre de la Fonction publique et des Réformes administratives en Belgique²². Pour ce faire, ils recommandent d'appliquer des lignes directrices largement inspirées par les règles du marché privé²³.

La relance de l'idée de réforme des administrations centrales est le produit d'une double contrainte née de la théorie de la Nouvelle Gestion Publique.

D'une part, une conception nouvelle des missions de l'État que résume assez bien le thème de l'«État stratège »²⁴, rompant avec la conception, inhérente à l'État providence et d'autre part la rationalisation, voire la remise à plat, de l'architecture étatique appelé par l'accent mis sur l'impératif d'efficacité de l'action publique

Comment, à travers la NGP, l'administration centrale trace-t-elle aujourd'hui les contours d'un projet collectif ?

Comment, dans ce nouveau mode de relation, construit-on un cadre de référence pour les réseaux de santé ?

2.1 La nouvelle gestion publique et « l'Etat Stratège »

2.1.1 La transformation du rôle de l'Etat...

L'Etat interventionniste, qu'on qualifie également de social ou de providence, se développe d'abord au gré de la prise de conscience des inégalités et des injustices que le marché et le libre jeu des volontés ne parviennent pas à éliminer et des revendications exprimées pour les atténuer.

²¹ Osborne D. And Gaebler T., *Reinventing Government : How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*, Reading (Mass.), Adison Wesley, 1993.

²² Gouvernement Federal, *Fondements de la modernisation de l'Administration fédérale*, Bruxelles, 28 avril 2000.

²³ La nouvelle gestion publique en action, De Boeck Université | *Revue internationale de politique comparée*

²⁴ Chevallier Jacques ; « L'État stratège », *Mélanges Birnbaum*, Fayard, 2006

Aux fonctions régaliennes qui caractérisent un Etat libéral, se superpose celle de redistribution de la richesse et de fourniture de biens et de services qui doivent compenser les inégalités.

La crise économique de l'entre-deux guerre et le deuxième conflit mondial donnent une impulsion décisive à l'Etat interventionniste. Ce dernier ne se limite plus à effectuer des corrections sociales; il devient un acteur dominant dans le processus de développement de la société. C'est à lui qu'il incombe d'assurer les fonctions-clé de la croissance économique: la construction des équipements et des infrastructures, la formation et la recherche notamment. C'est à lui encore que revient la tâche de maintenir les grands équilibres économiques (monnaie, emploi, prix) et d'arbitrer l'occupation d'un territoire limité et convoité de toutes parts. Le temps est aux politiques publiques, aux conceptions globales et à la planification. L'Etat se fixe des objectifs ambitieux qui visent à la transformation de la société et s'investit activement dans leur réalisation.

Les difficultés économiques qui se manifestent dès le début des années 70 ont certainement contribué à révéler les limites de l'Etat providence. Mais révélation ne vaut pas explication. Certes la crise économique met en difficulté les finances publiques et freine la croissance continue des dépenses de l'Etat comme mode de réponse aux problèmes de la société. Mais la mise en question de l'Etat providence ne résulte pas seulement et d'abord d'une impasse financière.

De manière générale, on observe un désenchantement à l'égard de l'action étatique, une crise de confiance qui résulte du fossé entre les ambitions affichées par l'Etat interventionniste et les résultats dont il peut se prévaloir. En matière sociale et dans le domaine de la santé, le soupçon pointe que l'accroissement du bien-être n'est pas proportionnel à l'augmentation des dépenses publiques. Dans le champ économique, l'action de l'Etat apparaît plus paralysante que stimulante, quand elle n'est pas tout simplement contre-productive²⁵.

Le cœur du programme de la Nouvelle Gestion Publique se fonde sur un jugement normatif porté sur le fonctionnement des bureaucraties et sur la volonté d'imposer partout, dans les administrations régaliennes aussi bien que dans les administrations de service, les valeurs et les modes de fonctionnement de l'entreprise privée. [...] Pour cela, il convient de renverser les priorités affichées par l'administration. Au lieu de privilégier la légalité, le respect des procédures formelles, on choisit de privilégier les résultats et la satisfaction des clients. Il s'agit avant tout de préciser les objectifs à atteindre et de pouvoir contrôler les résultats²⁶.

En un mot, avec ses principes et ses outils (tableau 1) la NGP vise à faire des administrations traditionnelles des organisations orientées vers la performance. L'État

²⁵ Jean-Daniel Delley ; Nouvelle gestion publique Quand l'Etat se donne les moyens de son action

²⁶ François-Xavier Merrien ; La Nouvelle Gestion Publique : un concept mythique

s'assurerait de la sorte une légitimation secondaire, au travers de la qualité des prestations publiques et de l'usage efficient des deniers publics. Celle-ci renforcerait sa légitimité première qui se base sur le respect des règles démocratiques encadrant, en amont, les processus décisionnels²⁷.

Tableau 1 : Éléments constitutifs de la Nouvelle Gestion Publique (NGP)

<i>Principes de la NGP</i>	<i>Outils de la NGP</i>
<i>Séparer la prise de décision stratégique, qui relève du pouvoir politique, de la gestion opérationnelle, qui est sous la responsabilité de l'administration ;</i>	<i>Négociation de contrat de prestations, qui fixent des indicateurs de performance à atteindre dans un délai imparti, entre les autorités politiques (parlement, gouvernement) et les responsables des services administratifs.</i>
<i>Distinguer ainsi les tâches de financeurs, acheteurs et prestataires des services publics. Orienter les activités administratives en fonction des produits à fournir (plutôt que des règles procédurales à suivre, en matière d'affectation des ressources notamment).</i>	<i>Attribution de budgets globaux aux gestionnaires publics qui disposent d'une large marge de manœuvre pour satisfaire à leurs critères de rendement.</i>
<i>Réduire la hiérarchie, amincir les bureaucraties, décentraliser certaines tâches administratives et déléguer la gestion au niveau le plus bas (selon le principe de subsidiarité).</i>	<i>Création d'agences exécutives et de structures organisationnelles plus flexibles ainsi que déréglementation de certains statuts de la fonction publique en introduisant des mandats individualisés et le salaire au mérite.</i>
<i>Introduire des mécanismes de type marché dans la production de biens et services d'intérêt général (y compris en créant des quasis marchés).</i>	<i>Mise au concours pour la fourniture de certaines prestations (marchés publics), déréglementation des monopoles publics et introduction de bons (vouchers) aux usagers qui choisissent librement leurs fournisseurs.</i>
<i>Créer de la transparence sur la qualité et les coûts des prestations administratives ; Utiliser de manière efficiente les ressources publiques (value for money).</i>	<i>Calcul et comparaison des coûts grâce à une comptabilité analytique (par groupe de produits administratifs) et comparaison de différents prestataires (benchmarking).</i>
<i>Orienter les prestations administratives vers les besoins des usagers (ou clients) en les impliquant dans la définition et l'évaluation des prestations à fournir</i>	<i>Gestion orientée vers la qualité (voire la certification des processus), chartes de service public et enquête de satisfaction réalisée auprès des clients.</i>

²⁷ La nouvelle gestion publique en action, **de boeck université** | revue internationale de politique comparée
Charles RIGAUD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2011

Mais si l'État est ainsi appelé à se désengager de la gestion directe d'un ensemble d'activités, il reste plus que jamais chargé de veiller au maintien des grands équilibres et de tracer les contours d'un projet collectif. Un des axes essentiels des politiques de réforme de l'État qui se sont développées dans les pays occidentaux au cours des dernières années a ainsi consisté à distinguer les fonctions dites « stratégiques », incombant à l'État central, et les fonctions dites « opérationnelles », systématiquement déléguées aux structures fonctionnelles ou territoriales, voire purement et simplement externalisées ; cette séparation est considérée à la fois comme une garantie de meilleure gestion et comme le moyen de renforcer la capacité d'action stratégique de l'État. Cette problématique implique bien évidemment une redéfinition complète des missions et des structures des administrations centrales.

2.1.2 Vers un support méthodologique aux ARS

La redéfinition des fonctions est conforme à la distinction stratégique/opérationnel précédemment évoquée. Le décret du 1er juillet 1992 portant charte de la déconcentration, pris en application de la loi «Administration territoriale de la République» du 6 février 1992, opère à cet égard un tournant essentiel, en cantonnant les administrations centrales dans « un rôle de conception, d'animation, d'orientation, d'évaluation et de contrôle »: les tâches de gestion n'entrent plus dans le champ de leurs attributions, mais sont censées relever des seuls services déconcentrés ; si la formulation excessivement rigide a été assouplie en 1995 par l'institution des « services à compétence nationale », prenant en charge les services qu'il n'apparaît pas souhaitable de gérer dans un cadre territorial, le principe du cantonnement des administrations centrales dans les seules missions d'intérêt stratégique n'a pas été remis en cause.

Pour reprendre l'expression d'Osborne et Gaebler, les pouvoirs publics se préoccupent moins de ramer que de tenir le gouvernail. En clair, ils fixent les priorités collectives, évaluent les différentes possibilités d'action, dégagent des ressources financières, formulent des missions plus qu'ils ne s'investissent dans les détails de la réalisation. Identifier et définir les problèmes, formuler des buts, attribuer des mandats, évaluer les résultats obtenus et, le cas échéant, redresser le gouvernail, telle est la fonction prioritaire de l'Etat, sa fonction stratégique²⁸.

Dans l'accomplissement de ses tâches -régulation et fourniture de prestations- l'Etat incitateur veille à ne jamais perdre de vue les buts recherchés et à adapter en permanence son action. Lorsqu'il transfère des tâches -que ce soit au secteur associatif ou au secteur privé marchand-, c'est parce qu'il en attend une exécution plus efficace et

²⁸ Jacques Chevallier ; la reconfiguration de l'administration centrale E.N.A. | *revue française d'administration publique* ;

plus efficace que s'il l'avait entrepris lui-même. L'attribution de responsabilité au niveau le plus proche du terrain où se déroule l'action est une exigence qui découle de la complexité du réel à gérer (Pierre Rosanvallon). Néanmoins comme nous l'avons expliqué auparavant l'Etat garde un rôle de gouvernail.

Pour gouverner l'Etat et avec lui l'ensemble des services de la DGOS travaillent aujourd'hui pour partie à la production de guides méthodologiques. Lors du premier semestre 2011 j'ai pu participer à de nombreux travaux et la majorité des « livrables » sur lesquels travaillaient les groupes de travail se présentaient sous la forme de guide méthodologique, de boîte à outils, à destination des ARS.

Le guide méthodologique peut servir à beaucoup de thèmes; ainsi, on retrouvera prochainement des guides méthodologiques en provenance de la DGOS concernant la Télémédecine, les CPOM, le plan national obésité et bien sur notre cadre de référence des réseaux.

On crée un guide méthodologique sur un outil contractuel comme les CPOM qui représentent un des outils de la Nouvelle Gestion Publique, un guide sur une avancée technologique comme la Télémédecine dans laquelle on place beaucoup d'ambitions comme la réduction des inégalités d'accès au système de santé (territoire enclavé ou population carcérale par exemple, un produit une boîte à outils sur les modalités de prise en charge d'une pathologie (Hépatite B et C). Les groupes de travail planchent tous sur l'élaboration des guides. Je ne me rendais pas compte à quel point cette méthode de travail avait pris de l'importance mais grâce à la position des réseaux de santé dans le système de soins actuel nous étions conviés à travailler sur de nombreux projets sur l'ensemble des sous-directions de la DGOS.

Les messages à destination des tutelles régionales passent désormais par cette méthode d'aide à la décision, par la diffusion de conseils et d'outils méthodologiques. Sur l'un des travaux ou nous devons mettre à jour une circulaire datant de 1999 la première interrogation concernait la nature que prendrait notre « livrable ». Après réflexions et interrogations au niveau des sous-directeurs de la DGOS nous fûmes invités à privilégier le « format souple de guide méthodologique qui n'aura pas l'aspect autoritaire d'une circulaire et qui nous permettra tout de même de décrire précisément ce que nous attendons ».

Le renforcement du rôle stratégique de l'Etat et de ses autorités va de pair avec une grande autonomie du niveau opérationnel, des services administratifs qui ont mandat de concrétiser une politique. Comme le dit Gilles Poutout dans le numéro 518 de la revue hospitalière de France « ce qui doit être national, ce sont les principes, pas les

procédures. Un cadre d'application suffit si les fondamentaux sont claires ». Que ce soit au niveau financier ou organisationnel une fois les grandes lignes écrites c'est au tour des ARS de prendre la responsabilité des mesures prévues dans les guides.

Comme cela se passe dans le FIQCS les fonds sont versés aux ARS sous la forme d'enveloppes régionales et c'est à elles ensuite de choisir comment allouer les ressources entre les différents acteurs.

Cette proximité, entre le terrain et l'ARS, assure l'adéquation entre les moyens engagés et les besoins et facilite le fonctionnement des mécanismes de contrôle et d'adaptation. Cette proximité nécessite toutefois de pouvoir fonder la réallocation des ressources sur des critères robustes, qui permettent de répondre de manière transparente à toutes les interrogations des acteurs de terrain.

C'est pour répondre à ces besoins que les guides méthodologiques et boîte à outils prennent de l'importance aujourd'hui.

On peut sans doute s'interroger sur les conditions d'application de cette disposition dans certains ministères mais il n'en reste pas moins que la logique d'action des administrations centrales a été profondément modifiée, recentrée vers les fonctions stratégiques. Ce recentrage conduit à la réorganisation du travail au sein des administrations centrales et à la création, entre autre, de guides méthodologiques à destination des ARS. Allégé de ses fonctions de gestion, l'appareil central de l'État retrouve, au moins en apparence, une capacité nouvelle d'impulsion stratégique.

2.2 Les méthodes de travail de la Nouvelle Gestion Publique

2.2.1 Le management par mode projet

Le management par projets, ou en mode projet, désigne le choix fait dans certaines entreprises et dorénavant dans l'administration publique de manager sous la forme de projets un ensemble significatif d'activités qui doivent déboucher sur un produit spécifique, livré à un client identifié, dans un délai donné et à un coût objectif fixé. Ainsi selon l'AFNOR (norme X50-115), il convient de parler de management par projets lorsque "des organismes structurent leur organisation et adaptent leurs règles de fonctionnement à partir et autour de projets à réaliser".

La préposition "par" introduit l'idée que le mode projet devient un mode de fonctionnement normal d'une organisation : le management s'exerce au travers ou encore par l'intermédiaire des projets.

Selon cette conception, les projets deviennent des outils et des vecteurs du changement, non seulement de l'organisation mais également du management des hommes. Chaque projet étant limité dans le temps et faisant appel à des spécialistes d'horizons divers conduits à travailler ensemble. Cette forme de gestion des ressources humaines induit au niveau de l'entreprise un effet de transversalité qui vise au décloisonnement des fonctions et des métiers. Ainsi, à la différence du simple management de projet qui se limite à la définition des objectifs et au pilotage des ressources, ce mode de management par projet fait travailler ensemble et simultanément des personnes qui, dans les organisations classiques, auraient travaillé séparément les unes après les autres. Le management par projet s'applique à la construction d'ouvrages singuliers ou à des produits nouveaux, mais aussi à la mise en place de systèmes d'information, au re-engineering des processus.

L'adoption d'un nouveau mode de management orienté projets s'appuie sur une logique de performance et d'adaptabilité aux changements imposés par l'environnement de l'organisation.

Un projet transversal constitue également une opportunité d'apprentissage collectif. C'est un véritable processus interdisciplinaire de plusieurs acteurs issus de métiers ou de professions différentes : il implique de la confrontation, de l'échange de méthodes, de concepts et de points de vue. Ce mode de relations favorise à terme une recombinaison de certains savoirs issus de l'expertise des différents professionnels, intégrés dans un nouveau cadre de connaissances accessibles et compréhensibles par tous les participants à un même projet. La mise en œuvre de projets transversaux au sein d'une entreprise permet aussi de générer une forme de reconnaissance mutuelle entre les différents représentants des corps de métier, voire entre les différents niveaux hiérarchiques. En conférant un rôle, des attributions, une mission, le projet a bien une

fonction identitaire et en même temps intégrative. Dans une organisation, faire partie d'un projet, ou en être a fortiori le responsable, confère un statut, une visibilité, un certain ascendant. C'est la preuve d'une confiance a priori. La motivation sera donc à la hauteur de l'importance et de l'utilité perçue du projet.

Le mode de management par projet s'organise autour d'un comité de pilotage, d'un comité scientifique quand il est nécessaire, d'équipe-projet divisé groupe de travail.

Le comité de pilotage établira un planning prévisionnel de rencontres et un échéancier de l'avancée des travaux. Les rencontres du comité de pilotage rythment les différentes étapes du processus.

Voici ci-dessous le planning de l'équipe projet dans le cadre de l'élaboration du guide méthodologique CPOM.

PLANNING CPOM "Equipe Projet"		
	Date	Heure
Equipe Projet - Réunion 1	15-mars-11	9h30 à 12 h
Equipe Projet - Réunion 2	29-mars-11	14h30-17h
Groupe de travail n°1	04-avr-11	14h00 - 17 h
Groupe de travail n°2	13-avr-11	14h00 - 17 h
Groupe de travail n°3	21-avr-11	14h00 - 17 h
Groupe de travail n°4	27-avr-11	10 h à 13 heures
Equipe Projet - Réunion 3	03-mai-11	9h30 à 11 heures
Groupe de travail n°1 – 2ème réunion	03-mai-11	14h00 - 17 h
Equipe Projet Ambulatoire	05-mai-11	16h - 17h30
Groupe de travail n°2 – 2ème réunion	11-mai-11	14h00 - 17 h
Présentation du Guide Méthodologique sur les CPOM à Annie Podeur	03-juin-11	11 h - 11h45
Groupe de travail n°3- 2ème réunion	18-mai-11	14h00 - 17 h
Groupe de travail n°4- 2ème réunion	26-mai-11	14h00 - 17 h
Equipe Projet - Réunion 4	02-juin-11	9h30 - 12 h 30
Equipe Projet - Réunion 5	09-juin-11	9h30 - 12 h

Le document suivant nous concerne directement puisqu'il s'agit du planning que nous avons adopté pour établir le cadre de référence des réseaux de santé.

Nous avons choisi de faire notre travail en trois temps. Le premier temps sera consacré à une revue de littérature nous permettant de cerner la problématique et de se documenter au maximum. Le deuxième moment sera très important puisqu'il sera consacré à des rencontres bilatérales avec les différents partenaires. Ce moment particulier nous permettra d'établir un état des lieux détaillé des activités des réseaux de santé, de définir le problème qui accompagne les réseaux tant du point de vue des membres des réseaux que des acteurs institutionnels et d'envisager des solutions à ces problèmes.

Le troisième temps sera le temps de la définition des solutions, des stratégies et de la production du guide méthodologique.

Temps	Objectifs	Type de rencontre	Participants	Nombre de participants	Fréquence	Calendrier
1	Revue de littérature	Lecture/ enquête	PF3	2	n/a	Mars
2	>Etat des lieux >Définition du problème >Solutions envisagées	Rencontres bilatérales avec les partenaires + 1 séance des « rendez-vous de la stratégie »	R2/R3/R4/PF3/IGAS/ ARS/ CNAMTS /DSS/INCa/ ARS/DGCS/DGS/UN PS/ UNRSanté	16-20	1-2	Mars-Juin
3	>Définition des solutions >Stratégies >Production du guide	Groupe de travail présidé par Monsieur GAURON	DGOS/DSS/ARS/ CNAMTS/ UNPS/UNRSanté	10	2	Juin-Octobre

2.2.2 L'accent est mis sur une « gestion axée sur les résultats » et sur la « justification au premier euro »

La gestion axée sur les résultats (GAR) et le développement de l'imputabilité colorent de plus en plus la gestion publique. Plusieurs pays de l'OCDE ont mis sur une nouvelle approche plus managériale de la conceptualisation et du contrôle de la dépense publique²⁹. Aujourd'hui, il ne s'agit plus seulement de réaliser des activités pour exécuter la législation mais, toujours en conformité avec le cadre législatif, d'identifier des objectifs à atteindre et d'obtenir des résultats en optimisant l'utilisation des ressources³⁰.

Depuis plusieurs années donc, les gouvernements s'emploient à changer leur approche de gestion budgétaire et à réformer leur cadre de gestion publique pour l'orienter vers les résultats et la recherche de l'efficacité.

Bien que le système de budgétisation traditionnel soit concentré sur les intrants (ce qu'elles dépensent), les activités (ce qu'elles font) et les extrants (ce qu'elles produisent) cela apparaît dorénavant insuffisant pour répondre aux demandes des contribuables qui veulent savoir à quoi sert l'argent de leurs impôts.

Face à cette situation, les gouvernements élargissent leur vision traditionnelle des pratiques de gestion, pour se concentrer sur la gestion axée sur la performance et les résultats.

La gestion axée sur la performance et les résultats est une approche de gestion qui consiste à accorder la priorité aux résultats en mettant ce principe en pratique dans tous les aspects de la gestion.

C'est également une approche de gestion qui aide un gouvernement ou un ministère à :

1. Clarifier les priorités politique et concentrer les dépenses publiques en conséquence ;
2. Faire le suivi et l'évaluation de leur efficacité et de leur efficience à obtenir des produits et atteindre ses résultats généralement mesurés en termes d'indicateurs de résultats et d'impacts sur les groupes cibles ;
3. Accroître la transparence et l'imputabilité des gestionnaires envers les citoyens ;
4. Ajuster les politiques, les programmes et les systèmes internes de gestion en fonction des résultats obtenus ;

Cette approche est conçue pour aider à établir et communiquer les priorités, formuler des programmes et les budgets s'y rattachant, allouer des ressources, motiver les agents, améliorer les services, faciliter l'échange d'information entre les bénéficiaires finaux et le gouvernement et, enfin augmenter la transparence et l'imputabilité de la gestion publique.

La gestion axée sur la performance et les résultats (GAPR) est une approche de gestion qui incorpore des dimensions techniques et institutionnelles interréliées. Elle fait partie d'un cadre structuré d'analyse pour le suivi et l'évaluation de programmes publics et

²⁹ OCDE, *Governing for results*, Paris, Puma, 2002

³⁰ Bourgault Jacques ; « La mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats : leçons tirées de l'expérience québécoise », *Revue française d'administration publique*, 2004/1 no109, p. 109-128

utilise un ensemble d'outils de planification stratégique et opérationnelle, de suivi et d'évaluation, elle constitue également une approche de développement institutionnel, et lorsqu'elle est appliquée au secteur public, elle s'inscrit dans le processus politique. La notion de performance est ainsi mise au centre de la gestion publique;

Avec l'abandon de la présentation des crédits en « services votés » et en « mesures nouvelles » induite par la LOLF, les crédits du budget de l'État sont examinés et votés au premier euro par le Parlement. Ce vote nécessite, pour chaque programme, une justification au premier euro (JPE) des crédits et des effectifs demandés au législateur. Dans les projets de loi de finances, la JPE est ainsi un outil d'explicitation des crédits et des emplois soumis au vote du Parlement. Elle est un élément essentiel de sa bonne information pour montrer l'emploi prévisionnel des crédits et des effectifs et les raisons du montant des crédits qui leur sont demandés. Elle concourt également à l'appréciation de la sincérité des projets de loi de finances.

La JPE présente le contenu physique et financier des crédits en établissant un lien entre les crédits demandés au Parlement et les déterminants de la dépense qui peuvent être soit physiques (nombre d'utilisateurs, volume d'activité, nombre d'ETP employés à une activité, superficie des bâtiments, etc.), soit financiers (déterminants d'une masse salariale, coûts unitaires de dispositifs d'intervention, etc.).

Il ne s'agit plus de présenter les seuls « écarts » - les « mesures nouvelles » – par rapport à un « socle » - les « services votés » - massivement reconduit d'une année sur l'autre et dont le contenu n'était pas ou peu réexaminé. Le montant des services votés amenait ainsi le Parlement à voter d'un seul bloc plus de 95% des crédits de l'État et à ne discuter que des quelques pourcents de mesures nouvelles, positives ou négatives. En permettant d'appréhender le contenu de la dépense publique, la JPE est un outil essentiel de la transparence budgétaire. En présentant le contenu de la dépense, la JPE doit être un outil d'appréciation de l'utilité et de la pertinence de la dépense publique. En ce sens, elle est également le complément naturel de la performance. Elle doit également servir au pilotage des programmes en faisant apparaître des leviers d'action ainsi que les composants de la dépense dans les documents et les outils de la gestion³¹.

³¹ Guide de la justification au premier euro des crédits du PLF 2011 (2010)

2.3 La NGP nouvel outil de contrôle du politique sur l'administration

2.3.1 L'idéal de contrôle politique

Le rôle de la fonction publique dans la gouvernance des démocraties développés a connu un certain nombre de changements majeurs durant les dernières décennies. Traditionnellement, la fonction publique jouait un rôle très important et, à bien des égards, le rôle le plus important dans l'exercice du pouvoir dans la plupart des pays. Dans les régimes démocratiques, les leaders politiques sont censés décider en matière de politique publique. Dans la réalité toutefois, la force de la bureaucratie et l'inconsistance des politiciens (Peters, 1987 ; Rose, 1976) ont eu pour effet que ce sont les fonctionnaires qui formulaient de facto les politiques publiques³². En bref, historiquement, l'élite administrative a toujours été en compétition avec les élus, s'est posée comme interlocutrice et non comme subordonnée même si le système administratif français s'insère dans le modèle wébérien classique³³.

Sur le plan philosophique toutes les pratiques se fondent sur une remise en cause profonde du modèle « hiérarchique-wébérien » au profit d'un modèle « contractuel de marché ». Cette nouvelle gestion publique repose sur une dramatisation des dysfonctionnements de l'organisation administrative traditionnelle dans les secteurs fournisseurs de services. L'attention est portée sur les effets pervers et les confusions de responsabilités inhérents au mode de gestion participatif³⁴.

L'inspiration théorique de cette variante du NMP est, on le voit, très différente. Aux principes de retrait et d'autonomie s'ajoute l'idéal de contrôle politique. Cet enjeu se traduit par de multiples préconisations de réforme qui réaffirment la primauté de l'acteur politique (le principal) sur le fonctionnaire :

- 1) La valorisation du rôle des ministres comme responsables des politiques publiques et comme dirigeants de l'administration. En effet les directeurs des administrations et agences, qui jouissaient selon la logique de la nouvelle gestion publique, d'une grande autonomie, ont pu croire qu'ils étaient, et non plus leur ministre, responsables de la politique menée ;
- 2) L'édification de mesures renforçant la coordination des processus de décision publique, notamment dans le domaine budgétaire les crédits devant être alloués à des programmes, sur la base d'objectifs clairement définis, les résultats obtenus faisant l'objet

³² B. Guy Peters ; Le service public et la gouvernance : retrouver le centre ; TÉLESCOPE • hiver 2009

³³ Luc Rouban La politisation de l'administration en France ou la privatisation de l'État ; TÉLESCOPE • hiver 2009

³⁴ François-Xavier Merrien La nouvelle gestion publique : un concept mythique

d'une évaluation pratique en fonction d'indicateurs de performance préalablement établis³⁵;

3) Le renforcement des contrôles sur les administrations par les nominations politiques. En Prenant par exemple les chiffres du tableau ci-dessous on peut dire que les principaux titulaires d'emplois à décision du gouvernement changent désormais en proportion importante dès lors que l'on n'est pas dans une période de cohabitation. Ce dernier montre également que les remplacements peuvent se faire très vite ;

LE REMPLACEMENT DES PRÉFETS ET DES DIRECTEURS D'ADMINISTRATION CENTRALE

	GOVERNEMENT JUPPÉ	GOVERNEMENT JOSPIN	GOVERNEMENT RAFFARIN	GOVERNEMENT DE VILLEPIN	GOVERNEMENT FILLON
	MAI-NOVEMBRE 1995	JUIN-NOVEMBRE 1997	JUIN-NOVEMBRE 2002	JUIN-NOVEMBRE 2005	JUIN-NOVEMBRE 2007
Nomination de préfets (N = 110)	36	33	54	29	54
Directeur d'administration centrale (N = 185)	20	10	24	15	14

4) La multiplication des formes de contractualisation entre niveaux hiérarchiques afin d'explicitier les objectifs et les engagements des fonctionnaires ; Prenons dans ce cas les CPOM ETAT-ARS. Ces contrats fixent les grandes priorités des ARS jusqu'en 2013. Conclue le 8 février 2011, ils sont le résultat d'une discussion approfondie entre les équipes de direction des agences régionales, d'une part, les directions ministérielles, les caisses d'assurance maladie et la CNSA, d'autre part. Ils ont reçu l'avis favorable des conseils de surveillance des ARS et ont été approuvés par le conseil national de pilotage des ARS dans sa séance du 14 janvier dernier.

Les contrats reprennent les trois grandes missions des ARS :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé ;
- promouvoir l'égalité devant la santé ;
- développer un système de santé de qualité, accessible et efficient.

Ces missions sont déclinées en une dizaine d'objectifs plus opérationnels (par exemple : renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de sécurité sanitaires, réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, optimiser l'organisation de la permanence des soins...).

³⁵ Jacques Chevallier ; la reconfiguration de l'administration centrale E.N.A. | *revue française d'administration publique*

A chacun des objectifs sont associés des indicateurs précis, nationaux ou propres à une région en fonction de son contexte. Parmi les indicateurs communs, les ministres en ont retenu douze, qualifiés de prioritaires (par exemple : améliorer la participation au dépistage du cancer du sein, réduire les écarts d'équipements en établissements pour personnes âgées ou handicapées, réduire la part des établissements de santé certifiés avec réserve, améliorer le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire...)³⁶.

Dans cette perspective, les unités administratives, qu'il s'agisse de directions, de services ou d'agences autonomes, sont "redevables" envers leurs supérieurs hiérarchiques autant qu'à l'égard des usagers qu'elles servent.³⁷

2.3.2 Entre stratégie et tactique

La volonté des hommes politiques de réaffirmer leur contrôle sur les administrations publiques peut aussi s'interpréter comme une manière d'accélérer le temps de l'administration. Rythmée par les échéances électorales, la démocratie représentative et donc ses représentants paraissent tiraillés entre la satisfaction immédiate des opinions publiques et la pérennité du « Bien commun ».

On parle souvent du « temps court » de la politique, de l'accélération du temps politique et bien dans le fonctionnement d'une administration centrale comme la DGOS le clivage entre ce temps court et le temps long des réformes de santé (la réforme du numéris clausus en médecine met une dizaine d'années avant de produire de réels effets) peut prendre des proportions importantes.

Cette divergence me fait penser à la différence qu'il peut y avoir entre la stratégie et la tactique. La stratégie consiste à définir une série d'actions cohérentes intervenant selon une logique séquentielle pour réaliser ou pour atteindre un ou des objectifs alors que la tactique est l'art de diriger une bataille, en combinant, par la manœuvre, l'action des différents moyens de combat en vue d'obtenir le maximum d'efficacité

Contrairement à la tactique dont l'enjeu est local et limité dans le temps (gagner la bataille), la stratégie a un objectif global et à plus long terme : c'est l'art de coordonner l'action de l'ensemble des forces pour arriver à l'objectif fixé.

Le contrôle accru et l'autorité hiérarchique réaffirmée des ministres sur leurs administrations permettent parfois de faire accepter des décisions qui relèvent parfois plus de la tactique que de la stratégie.

Nous venons de fa

³⁶ <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/>

³⁷ Philippe Bezes ; le renouveau du contrôle des bureaucraties, l'impact du new public management

3 Le cadre de référence des réseaux de santé ou la redéfinition de leurs rôles et missions dans le système de santé actuel

Les précédentes parties nous ont permis de comprendre ce qu'étaient les réseaux de santé et d'appréhender ce qu'était le Nouveau Management Public et ses déclinaisons opérationnelles. Nous allons maintenant nous intéresser au cœur même du sujet qu'est la création du cadre de référence pour les réseaux de santé, cadre qui sera la base du futur guide méthodologique à destination des ARS.

Comme nous pouvons l'imaginer nous ne pouvons faire fi de ce que sont les réseaux de santé aujourd'hui. Nous ne pouvons pas non plus faire comme s'il n'existait aucun corpus législatif qui guide déjà les activités des réseaux et leur encadrement par les ARS. Le cadre de référence que nous sommes en train de créer prend en compte ces aspects et s'appuie dessus pour tenter de répondre aux difficultés que rencontrent à l'heure actuelle les ARS dans la réallocation budgétaire des ressources du FIQCS.

Comme nous vous l'avons expliqué dans la précédente partie nous nous sommes, tout au long de ce travail, appuyés sur un calendrier et une méthode de travail claire et définie par l'ensemble des membres du bureau PF3, « coopérations et contractualisations ».

La création du guide méthodologique se structurera autour de trois grandes étapes :

- Revue de littérature
- Etat des lieux / Définition des problèmes / Solutions envisagées
- Définition des solutions / Stratégies / Production du guide

A chaque étape correspond des actions précises sur une période fixe avec des interlocuteurs prédéfinis. Nous sommes conscients de ne pas pouvoir rencontrer l'intégralité des acteurs présents dans les réseaux mais nous avons essayé d'élaborer une liste de représentants au sein des réseaux de santé. De plus dans ce genre de travail les rencontres peuvent nous amener vers d'autres rencontres c'est pourquoi il ne figure pas toutes les personnes rencontrées sur la liste de nos correspondants.

Pour rendre compte de la majeure partie de nos travaux dans ce document je m'efforcerais de vous présenter le processus de création du cadre de référence pour les réseaux de santé comme nous menions nos entretiens.

Nous tenterons donc dans une première partie de définir la place des réseaux de santé dans l'organisation du système de santé actuel avant d'établir dans une deuxième partie leur rôle et leurs missions tels que nous les envisageons aujourd'hui. Nous terminerons enfin par proposer une méthode de pilotage de ces réseaux inspirés d'exemples concrets.

3.1 La place des réseaux de santé dans l'organisation du système de soins

Dans cette première section je voulais vous présenter le résultat de notre état des lieux, premier moment de notre deuxième partie de travail.

Pour faire cet état des lieux nous avons organisé des rencontres bilatérales avec les personnes que nous pensions être les représentants des réseaux. Afin de mieux cerner la problématique autour des réseaux de santé et respecter la philosophie « réseau » nous avons choisi de rencontrer toutes les catégories de personnes allant de personnalités qualifiées, de représentants des réseaux de santé, de référents réseaux d'ARS.

Rendez-vous « Cadre de référence Réseaux de santé » :

Professionnels :

Plateforme RAD/MAD avec ARS Rhône-Alpes : Gérard Mick

Plateforme santé du Douaisis : Franck Laurens

Pôle Stratégie ARS Ile-de-France : Gilles Poutout

Professeur HEC Paris : Gilles Cremadez,

UNPS : 1 médecin + Pierre de Haas [Président de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé]

UNR.Santé : Michel Varroud-Vial et les membres du comité national

Institutionnels :

CNAMTS : Annie Aliès-Patin

DGCS : Serge Canape, IGAS : Christophe Lannelongue

DSS : Arnaud Vaneste, sous-direction du financement du système de soins, mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

HAS : Jean-Michel Chabot

INCa : Christine Barra et Anne Belanger

ARS :

Pour choisir nos interlocuteurs régionaux nous avons pris les régions où il y avait le plus de réseaux de santé

Aquitaine : 44 réseaux de santé soit 6% des réseaux nationaux ;

Bourgogne : 46 réseaux soit 6% des réseaux nationaux ;

Bretagne : 47 réseaux soit 6% du total national ;

Île-de-France : 81 réseaux soit 11% des réseaux nationaux ;

Nord Pas-de-Calais : 45 réseaux soit 6% des réseaux nationaux ;

Provence-Alpes-Côte d'Azur : 50 réseaux soit 7% des réseaux nationaux ;

Rhône-Alpes : 61 réseaux soit 8% du total national ;

Je tiens à dire tout de suite que dans le cadre de ce stage je n'ai pu rencontrer encore tous ces interlocuteurs. Les contraintes calendaires de l'ensemble des protagonistes étant ce qu'elles sont je vais vous présenter un état des lieux des réseaux de santé tel que nous pouvons le faire pour l'instant.

De par leur histoire et les spécificités locales, les réseaux de santé se sont développés de façon hétérogène, et le paysage actuel est fort divers.

Il y a eu dans le passé plusieurs découpages opérationnels proposés :

- Réseaux de santé publique / Réseaux à visée d'efficience
- Réseaux ville-hôpital / hôpital-hôpital / ville-ville
-

Ces distinctions sont maintenant trop schématiques et pour déterminer comment classer les réseaux et analyser leur positionnement, il faut les répartir en fonction de leurs activités observées en pratique.

On observe en effet une gamme très large de types de réseaux mais leur différenciation se fait plutôt sur d'autres critères : ils peuvent être centrés sur une population (ex : personnes âgées, adolescents), sur une pathologie (ex : diabète, insuffisance cardiaque, oncologie), sur un mode de prise en charge (ex : soins palliatifs/maintien à domicile), être ou non à initiative hospitalière. Certains réseaux fonctionnent avec des patients inclus, et d'autres non. C'est le cas par exemple des réseaux régionaux de cancérologie dont l'objectif n'est pas d'inclure et de coordonner la prise en charge de patients, mais d'organiser la pluridisciplinarité au plan régional, de favoriser et évaluer l'utilisation des référentiels, etc. Les réseaux périnatalité constituent une autre particularité, et sont, comme dans le cas des réseaux régionaux de cancérologie, l'outil pivot au plan régional de la mise en œuvre d'une politique de santé publique conçue au plan national.

Par ailleurs certains réseaux ont comme objectif principal l'amélioration de l'état de santé global du patient (ex : diabète) quand d'autres ont pour objectif essentiel la coordination de la prise en charge à domicile (soins palliatifs, personnes âgées).

Enfin, quelques réseaux n'existent essentiellement que pour permettre l'accès à des prestations habituellement non remboursées. En effet, le réseau n'est pas à priori un effecteur de soins. Cependant, dans certains cas, il permet l'accès à des consultations spécifiques, et ce, en contradiction avec les termes de la circulaire de 2007. C'est le cas des réseaux addiction par exemple qui « offrent » des consultations de psychologue, ou des réseaux de diabétologie qui rendent possible l'accès des patients aux consultations de diététique ou de podologie, ou encore de réseaux permettant à des handicapés lourds d'accéder aux soins dentaires.

D'autres réseaux, de création plus récente, notamment dans le domaine du handicap, ont des actions plus proches du secteur médico-social ou du secteur social (ex : insertion professionnelle des handicapés de la main).

La variabilité des thématiques des réseaux et de leurs finalités est donc extrêmement forte.

Pour clarifier cette complexité, établissons la liste des activités assurées par les réseaux.

En principe, ils devraient obéir aux objectifs fixés dans la circulaire de 2007 :

- assurer la prise en charge globale du patient et décloisonner les professionnels,
- assurer au patient la qualité, la sécurité et la continuité des soins, dans le meilleur temps,
- répondre aux besoins identifiés au sein d'un territoire de santé, en proposant une offre répondant à ces besoins, sachant que « le réseau n'a pas pour vocation de compenser une offre de soins inexistante ou déficitaire ».

Mais en pratique, la gamme d'interventions est la suivante :

- a) Evaluation des besoins du patient à l'inclusion, définition du plan de soins personnalisé
- b) Coordination d'intervenants auprès du patient :
 - soit au domicile : infirmières, aides-soignantes, psychologues...
 - soit d'une manière générale : organisation et suivi du parcours de soins, organisation de la sortie d'hospitalisation, orientation vers les structures et professionnels adaptés au cas
- c) Accompagnement social, aide dans les démarches administratives
- d) Formation des professionnels, expertise
- e) Prestations proposées directement aux patients (via des dérogations tarifaires ou via le salariat de professionnels) : psychologues, diététiciennes, podologues, soins dentaires chez les handicapés...
- f) Prestations proposées au domicile, notamment en soins palliatifs : intervention d'aides-soignantes, psychologue...
- g) Education thérapeutique

Les réseaux de santé développent tout ou partie de ces services, la plupart du temps sur une seule thématique, et le champ d'intervention dépend de leur historique propre, du positionnement des promoteurs, de leur évaluation des besoins dans leur territoire d'intervention, éventuellement de la demande de la tutelle régionale. Le résultat est que la combinatoire d'association de ces activités est importante.

On peut noter que plusieurs de ces activités représentent des prestations qui pourraient rentrer dans le cadre d'une activité classique de soins si elles faisaient l'objet d'une tarification adaptée :

- Par exemple, l'éventualité d'un tarif de SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) augmenté permettrait de se substituer à certaines activités des réseaux de soins palliatifs (mais le réseau resterait utile pour les tâches de coordination).
- Ou le fait de solutionner le financement de l'éducation thérapeutique par des forfaits ad hoc permettrait aux réseaux de se concentrer sur d'autres missions (comme la coordination des parcours en éducation thérapeutique sur longue durée).
- De même, la formation des professionnels fait l'objet d'autres démarches (formation médicale continue (FMC) puis développement personnel continu (DPC)) et même si le réseau a souvent le souci de faire rentrer son offre de formation dans le cadre des obligations des professionnels en matière de DPC, ce n'est pas dans ce type de prestations qu'on attend une forte valeur ajoutée.
- Quant aux interventions à domicile, elles peuvent représenter des doublons avec l'HAD (hospitalisation à domicile) ou encore les SSIAD (doublons relatifs dans la mesure où il y a souvent du travail pour tout le monde).

L'accès à des soins de diététicienne ou de psychologue, assez fréquemment rencontré dans les réseaux, est clairement un détournement du problème de non remboursement de ces prestations par l'assurance-maladie. Il en est de même d'ailleurs pour l'éducation thérapeutique, qui est pour le moment officiellement uniquement rémunérée à l'hôpital. Le système actuel assume que ces prestations deviennent accessibles et gratuites pour les patients inclus dans un réseau et pas pour les autres, sur des critères de choix qui sont propres aux réseaux.

On peut arriver à des constats comme celui posé par dans le cadre d'une étude menée en Franche-Comté sur les réseaux d'addictologie³⁸ : « En matière de performance, il est avéré que les réseaux étudiés, dans leur forme actuelle, ne correspondent à aucune des configurations voulues par les décideurs, telles qu'elles figuraient déjà dans la circulaire du 2 mars 2007 et telles qu'elles ont été réactualisées par la loi Hôpital, patient, santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009. Ne possédant ni les attributs du réseau territorial de proximité assurant la coordination de proximité et utilisant pour cela le plan personnalisé de santé (PPS), ni la dimension régionale permettant de nourrir la coordination territoriale de son expertise thématique, les réseaux d'addictologie en présence n'ont pas d'autre choix que de se réformer. »

³⁸ Voillequin ; *Vers une nouvelle organisation territoriale des réseaux de santé en addictologie de Franche-Comté ?* mémoire de maîtrise 2, Université de Franche-Comté, 2010

Selon Gilles Poutout, la plupart des problématiques actuelles procèdent de la contradiction entre la nécessité de coordonner les acteurs autour du patient et de la tendance à la segmentation de l'offre entre acteurs du fait de la complexité des mécanismes interprofessionnels et interinstitutionnels.

La question de la coordination se pose simultanément dans l'espace et dans le temps :

- Dans l'espace, il s'agit de mettre toutes les ressources nécessaires en ligne à un moment donné pour une prestation donnée
- Dans le temps, il s'agit d'articuler les ressources nécessaires pour assurer un parcours de soins harmonisé et à long terme. Le réseau fait le lien entre le synchronique (court terme) et le diachronique (long terme)³⁹.

La DGOS a engagé une réflexion sur la définition et le périmètre de la fonction de coordination des soins, fonction considérée comme essentielle à la fluidité des parcours de soins et à l'efficacité et l'efficience globale du système. L'étude n'étant pas terminée je ne peux qu'utiliser les premiers résultats.

Les dispositifs de coordination, ou du moins ceux qui incluent le terme de coordination dans leurs missions, sont nombreux ; et certaines zones de recouvrement entre dispositifs, notamment en gérontologie sont identifiées.

En analysant de manière plus précise les différents dispositifs, on observe qu'ils sont pour la plupart parcellaires et ne coordonnent qu'une partie du parcours de soins, qu'une partie des professionnels impliqués, qu'une partie du territoire national ou, dans le cas des réseaux, qu'une partie de la patientèle visée.

Néanmoins les réseaux de santé dont l'un des objectifs est de formaliser cette coordination de tous les acteurs de l'offre de soins sur un territoire précis ont mobilisés des outils pour assurer les tâches de coordination en leur sein :

- Le PPS, le plan personnalisé de santé (aussi appelé projet de soins personnalisé, programme personnalisé de soins, plan d'intervention personnalisé, selon les documents), est maintenant considéré par la CNAMTS et la DGOS comme l'outil essentiel traduisant l'engagement du réseau à organiser le parcours de soins du patient. La rédaction de ce document est l'occasion de décrire le parcours de soins à adopter, les différents intervenants, la périodicité des examens de suivi, etc.
- Le principe de l'adhésion des professionnels au réseau, avec signature de la charte, constitue un premier pas vers une meilleure coordination, constituent de facto une équipe de soins, mobilisable en fonction des besoins des patients.

³⁹ Gilles Poutout ; Revue hospitalière de France N°518

- Des réunions pluridisciplinaires peuvent se tenir, par téléphone ou physiquement, pour coordonner les actions autour du patient, en général pour favoriser sa prise en charge à domicile.
- La fonction de coordonnateur de réseau a émergé, faisant apparaître un nouveau métier de pilote des parcours des soins.
- Un dossier de liaison, sous format papier, est parfois mis en place, porté par le patient, permettant (dans l'attente d'un système d'échanges informatisés) de transmettre les informations entre les professionnels.
- Des « consultations de liaison » ont permis, en psychiatrie par exemple, de donner au médecin traitant un appui d'un spécialiste sans interférer sur le cours de la prise en charge.

Les réseaux de santé malgré ces outils n'ont pas réussi à prendre une place centrale dans la coordination des soins. Après une période expérimentale, ils participent maintenant à la segmentation du système de soins, constituant une structure parmi d'autres, avec une très grande hétérogénéité d'objectifs, d'activités et de modalités de fonctionnement.

Notre réflexion sur la redéfinition du rôle et des missions des réseaux de santé ne peut aujourd'hui se concevoir sans l'étude sur la définition et le périmètre de la fonction de coordination des soins. En effet au vue des derniers éléments de l'étude, la redéfinition de la fonction de coordination a des effets sur l'ensemble des acteurs de l'offre de soins tels qu'ils sont organisés aujourd'hui et nous conduit à intégrer ces nouveautés dans notre réflexion initiale.

3.2 Le rôle et les missions attendues des réseaux de santé

Ne voulant pas m'investir dans ce mémoire dans une étude complète sur la coordination des soins en France je ne ferais pas ici un exposé ni de la littérature ni des résultats de la réflexion actuelle. Dans cette deuxième section j'exposerais brièvement le contenu de l'étude sur la définition et le périmètre de la coordination des soins avant de proposer quelques solutions envisagées pour le futur des réseaux de santé. Je tiens à préciser que les solutions que je proposerais n'engagent à aucun moment la DGOS et ne reflètent pas la conclusion de nos travaux sur le cadre de référence des réseaux de santé.

La vocation fondamentale de la coordination des soins est d'organiser le parcours de soins du patient. Cette réflexion conduit à rechercher autant que possible l'intégration des soins, supposant un pilotage transversal assurant le décloisonnement des différents segments du système de soins s'inspirant de la notion de « guichet unique » des MAIA et organisant le parcours du patient en fonction de ses besoins.

Il est essentiel de concevoir les besoins de la personne en fonction de la définition de la santé de l'OMS « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » les besoins de la personne devront s'entendre comme sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Ainsi la couverture des besoins spécifiques des populations précaires (logement, emploi, conditions de vie...) relève aussi des missions des dispositifs de coordination.

Il s'agit d'adopter une vision systémique et éviter de segmenter encore davantage le système de soins. Le système à trouver doit faire en sorte que pour chaque patient particulier (et notamment les patients complexes), l'équipe de soins s'organise autour de lui pour optimiser son parcours.

En conséquence, il convient d'éviter des dispositifs de coordination dédiés à une pathologie et des dispositifs qui risqueraient d'introduire des inégalités d'accès aux soins. Le médecin traitant, ou médecin généraliste de premier recours, est l'acteur pivot de la coordination pour son patient et doit impulser les décisions d'orientation. D'ailleurs, la majorité des généralistes considèrent que la coordination des intervenants auprès des personnes âgées dépendantes relève du rôle du médecin généraliste⁴⁰.

Les observations de terrain laissent cependant penser que les tâches de coordination ne sont pas réellement investies au quotidien par les médecins généralistes. Le modèle du médecin généraliste coordonnateur, résultat de l'arrangement entre logique gestionnaire et dynamique professionnelle, ne semble opératoire qu'à la condition de disposer d'une coordination de proximité assurée par des infirmières ou des travailleurs sociaux en

⁴⁰ MC Bournot, MC Goupil, F Tuffreau ; Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié, DREES, Etudes et résultats n°649, août 2008

support de l'expertise médicale et/ou de disposer d'une supervision conduite par des médecins « experts »⁴¹

La priorité est à donner aux interfaces ville / hôpital et entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.

En conséquence, et comme nous l'avons déjà exprimé, il s'agit non pas de créer de nouvelles structures dans un système déjà complexe, mais plutôt de s'appuyer sur les dispositifs en place, en repositionnant clairement leur rôle et en recherchant des mutualisations de moyens, dans le cadre d'objectifs communs.

A l'aune de ces constats plusieurs types d'organisation ou de réorganisation des réseaux de santé ont été proposés lors des entretiens avec comme principale caractéristique d'apporter un appui au médecin traitant pour les tâches de coordination dans les situations complexes.

Une solution poussée depuis la circulaire « réseaux » de 2007 vise la mutualisation des réseaux de santé existants. L'idée serait d'orienter les réseaux vers la création de réseaux territoriaux de proximité, pluri-thématiques, ciblant les patients les plus complexes, avec la mise en place d'une coordination venant en soutien du généraliste. Ce rapprochement pourrait prendre diverses formes : plateformes constituées, maisons des réseaux, associations de réseaux...

Pour expliciter cette hypothèse nous prendrons comme exemple la plate-forme santé Douaisis que nous avons visité. Née de la volonté de deux médecins (1 médecin hospitalier [spécialisé dans le diabète] et un médecin libéral [spécialisé dans les soins palliatifs]) la plate-forme Santé Douaisis a été d'emblée pluri-thématique : pathologies chroniques/soins palliatifs. Après s'être associée, en 2007, à un réseau cancérologie, la plate-forme s'organise maintenant autour de trois pôles cancer, maladies chroniques et soins palliatifs. Chaque pôle propose ensuite des soins de support, un réseau de santé et des actions autour des soins de ville.

Plateforme territoriale								
Pôle cancérologie			Pôle Soins Palliatifs			Pôle maladies chroniques		
coordinat° d'appui	Actions soins de ville	Réseau de santé	coordinat° d'appui	Actions soins de ville	Réseau de santé	coordinat° d'appui	Actions soins de ville	Réseau de santé

⁴¹ Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil ; La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles

L'objectif premier des deux co-fondateurs de la plate-forme était de former et sensibiliser les médecins du territoire ainsi que promouvoir la nécessité du travail ensemble/avec. Un de leurs souhaits était aussi de pallier aux carences du système de soins notamment en matière d'éducation thérapeutique.

La plate-forme est aujourd'hui un centre de ressources et propose aux professionnels de santé des échanges thématiques, des protocoles collaboratifs et des brochures « pratique clinique ».

La plate-forme est le guichet commun à tous les services de santé du territoire puisque tous les réseaux de santé sont intégrés à la plate-forme et que tous les acteurs de l'offre de soins sont membres de son conseil d'administration.

L'offre de services est donc lisible, rapide et facile d'accès et la plate-forme Santé Douaisis tire donc sa légitimité de son maillage territorial et de la pluralité des acteurs qui la compose. En effet la plate-forme Santé Douaisis en 2010 c'est 800 PPS co-construits et validés par 250 médecins généralistes différents, c'est 2400 nouveaux patients pris en charge et 383 professionnels de santé adhérents sur les 1296 du territoire.

Outre la réorganisation des réseaux de santé existants ce genre de plateforme propose une fonction de coordination d'appui à destination de plusieurs publics :

1) Coordination d'appui aux médecins traitants et professionnels de santé de 1^{er} recours

Ce type de coordination a fait émerger un nouveau métier « coordinateur de parcours de santé » qui doivent faire l'interface avec le médecin traitant. La fiche présente en annexe définit leurs missions et leurs activités mais ces coordinateurs sont des IDE avec entre 15 et 20 années d'expérience faisant preuve de beaucoup de pédagogie. Le travail de ces coordinateurs consiste à fournir un appui au médecin traitant lors de l'élaboration du PPS (entretien initial), lors de la mise en œuvre du PPS (planification et coordination des interventions), du suivi du PPS (RCP) et de la réévaluation du PPS (bilan final à 1 an).

L'appui se matérialise par un coaching téléphonique ou par des rencontres avec les médecins. Les coordinateurs informent les médecins des événements importants de la vie des patients qui peuvent amener à une modification du PPS.

2) Coordination d'appui aux Etablissements de Santé (ES)

Les coordinatrices de parcours de santé de la plate-forme appuient les ES lors d'une évaluation de sortie commune, lors du retour à domicile et favorise une transmission anticipée et coordonnée des informations aux professionnels de santé de ville.

Deux choses sont importantes à souligner pour ce type de coordination :

- ⇒ même si on parle de coordination d'appui aux ES c'est en réalité le médecin traitant qui va bénéficier à plein des retours d'information sur l'état de santé de son patient.
- ⇒ Elle permet une gestion des post-hospitalisations mais aussi des pré-hospitalisations à travers l'organisation d'hospitalisation « de repli » (soins palliatifs et cancérologie)

3) Coordination d'appui au patient

Cette fonction de coordination ne relève pas directement des missions confiées au réseau de santé de chaque pôle mais plutôt des actions de soins de ville.

On entend par coordination d'appui au patient un repérage et une orientation dans un parcours de soins coordonné des patients en situations complexes notamment celle de vulnérabilité sociale. Cette fonction de repérage est assurée en collaboration avec des « médiateurs sociaux » à proximité des lieux de vie.

Une des infirmières coordinatrices est dite « itinérante ». C'est elle qui assure l'évaluation et le dépistage des maladies chroniques et risques cardio-vasculaires lorsqu'un professionnel du 1^{er} recours le lui signale. S'engage alors le processus d'élaboration du PPS et d'inclusion du patient au réseau.

Elle assure aussi des missions de formation et d'information auprès des professionnels du 1^{er} recours.

De par son activité la plateforme de santé a développé des capacités d'expertise transversales sur l'éducation thérapeutique, le maintien à domicile et les soins de support. Ces trois thèmes regroupent les mêmes professionnels qu'on retrouve à l'intérieur de chaque pôle.

Une manière de concevoir une possible future organisation de ces plateformes serait de créer des pôles de services transversaux (éducation thérapeutique, maintien à domicile...) à différentes pathologies.

Plate forme territoriale	coordinat°			
	d'appui	Pc	Psp	Pmc
	Actions soins de ville	Pc	Psp	Pmc
	Réseau de santé	Pc	Psp	Pmc

Cette solution qui existe déjà sur le territoire (11 plateformes dont 4 dans le Nord Pas de Calais) paraît aujourd'hui une forme d'organisation possible pour les réseaux de santé.

Toutefois quelques interrogations subsistent toujours quant au profil adéquat des coordinateurs. Certaines structures préférant prendre des IDE et d'autres comme le réseau ARESPA en Franche-Comté estimant que le profil le mieux à même de répondre aux besoins des médecins traitants, n'était ni un profil médical, ni un profil soignant, choisissent un profil social (les problématiques et les structures intervenant dans le champ du social sont ce qui pose le plus de difficultés aux médecins traitants).

Une autre interrogation soulevée par Mr Cremadez concerne le mode de financement des activités de la structure n'entrant ni dans le champ des prestations financées par des tarifs de l'Assurance Maladie ni par le FIQCS. Pour Mr Cremadez le réseau de santé « n'a pas vocation à développer des activités opérationnelles sauf en cas de carence d'une composante indispensable à l'atteinte de ses objectifs. Dans ce cas, il ne doit s'engager dans la construction d'un complément d'offre, qu'en veillant à l'autonomiser⁴² en s'assurant, pour éviter toute désagrégation du réseau, que le nouvel intervenant s'articule harmonieusement avec les autres partenaires dans la réponse collective aux enjeux »⁴³.

Pour Mr Varroud-Vial « La vocation première des réseaux n'est pas de dispenser des soins, ou de se substituer à l'offre de soins mais de favoriser la coordination du parcours de santé, en développant les services que requiert cette coordination »⁴⁴ que faire alors des plateformes qui se suppléent aux acteurs de l'offre de soins ?

Si une fonction de coordination est définie sur un territoire de proximité certains interlocuteurs comme Pierre de Haas, Régis Aubry et Elizabeth Hubert indiquent que la structure qui porterait cette fonction pourrait être soit un réseau de santé, soit une maison de santé, soit l'HAD... en fonction des caractéristiques du territoire et de la dynamique locale, en évitant de chercher une solution uniforme qui s'appliquerait partout.

Cette ouverture de la coordination des soins à tous les acteurs de l'offre sanitaire induit pour les réseaux de santé des modifications importantes et différentes selon qu'ils assumeront cette fonction de coordination sur le territoire ou non.

Si le réseau de santé répond au cahier des charges de la structure de coordination territoriale son repositionnement appellerait deux modifications importantes et complexes à mener de front :

⁴² En créant, dès que possible, un nouveau partenaire opérationnel en contrepartie d'une rétribution (financière ou matérielle) de son rôle de concepteur et d'initiateur.

⁴³ Marie-Odile Frattini, Michel Crémadez ; Les réseaux de santé

⁴⁴ M. Varroud-Vial ; *L'articulation avec les réseaux : coexistence ou synergie ?*, Réseaux, Santé et Territoires, N°32, mai/juin 2010, p. 59-62

- Recentrage sur les fonctions de coordination, ce qui suppose que les autres activités puissent être assurées par d'autres acteurs localement. Ce recentrage suppose aussi que le réseau soit au service des médecins traitants, et non l'inverse ;
- Sortir du réseau monothématique pour adopter une démarche plus transversale. Cette orientation viendrait à gommer les spécificités d'approche par pathologie qui dans de nombreux cas sont réelles (cancer, soins palliatifs,...).

Si la fonction de coordination est assurée par une autre structure le réseau de santé devra laisser de côté l'aspect coordination de son activité et diversifier son activité pour, à un niveau régional, se constituer en « pôle de ressources », assurant les fonctions transversales : formation, référentiels et protocoles, évaluation.

Le besoin d'une structure ressources au plan régional a été cité à 2 reprises (M. Varroud-Vial, R. Aubry), pour la formation, la rédaction et la diffusion de référentiels de pratiques, le contrôle qualité et l'évaluation... Une telle structure serait au service des acteurs et dispositifs de proximité, et pourrait en outre être chargée de l'évaluation des systèmes mis en place, dans un esprit d'amélioration continue de la qualité. Une analogie dans le système français est le réseau régional de cancérologie qui assure ces missions pour la filière de prise en charge des patients atteints de cancer.

Le dispositif des MAIA, visant une modification du pilotage de la coordination, et dont le label peut être porté par plusieurs types d'acteurs, pourrait constituer aussi un modèle d'organisation de la coordination pour les cas complexes; il s'agit alors de fédérer les structures existantes autour d'objectifs communs, avec des interventions graduées auprès du patient, les gestionnaires de cas étant mobilisés pour les situations les plus complexes.

Depuis le début de cette section on sent bien que l'activité des réseaux semble être dépendante de qui portera la responsabilité de la coordination sur le territoire. Une autre hypothèse consiste à imaginer une relation claire et directe entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire. Pour Jean-Yves Robin, directeur de l'ASIP Santé, une notion centrale à réhabiliter est celle d'équipe de soins. L'enjeu de la coordination est de traduire en pratique cette notion, l'équipe se constituant sur mesure en fonction des besoins du patient et partageant le DMP pour ce patient. On pourrait alors très bien imaginer un scénario où l'équipe de soins, qui porterait la mission de coordination, intègre soit l'hôpital, soit des mutuelles et compagnies d'assurance, soit les équipes des maisons de santé ou pôles de santé. Les réseaux de santé ou plus exactement les membres des réseaux de santé pourraient intégrer ce genre d'équipe.

Pour la CNAMTS, et ce, en phase avec ce qui se passe dans d'autres pays, l'assureur est le mieux placé pour assurer la fonction de coordination, comme elle l'expérimente en ce moment sur les programmes de retour à domicile après une hospitalisation, tournés vers le patient. L'assureur est en effet positionné comme acteur indépendant des structures, et recherche l'efficacité de l'ensemble du parcours de soins. Dans l'exemple cité, qui conduit à une baisse des durées de séjour, il se trouve que l'intérêt à agir existe aussi bien pour l'assureur que pour l'établissement de santé (qui peut ainsi dégager des capacités pour accueillir d'autres patients).

Le scénario imaginé ici serait de laisser la responsabilité de la coordination du parcours de santé aux mutuelles et compagnies d'assurance. D'ailleurs plusieurs d'entre elles (Maaf, MMA, Axa et Allianz) ont fait le choix de se réunir sous la bannière d'une plateforme santé et de créer leur propre réseau et disposent déjà de pool de prestataires de santé, sorte de prestataires de santé.

A quoi servent donc ces réseaux santé ? En premier lieu, ils ont une mission d'information auprès des assurés. Ce sont avant tout des plateformes téléphoniques. Des conseillers répondent aux questions sur les différents traitements possibles pour une maladie, sur un diagnostic ou sur la santé en général (facteurs de risque, affections héréditaires, prévention, dépistage...), le tout validé par un collège d'experts médicaux et scientifiques.

Autre volet développé par ces réseaux, le service d'orientation. Les réseaux développés par les mutuelles, les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance guideraient leurs adhérents pour personnaliser leurs parcours de soins et faciliter leurs démarches. Cela passe par une géolocalisation des services de soins concernés, voire, dans certains cas, par l'édition d'un palmarès des meilleurs établissements en fonction des soins requis ou de son budget.

Autre scénario, internaliser cette fonction de coordination à l'hôpital en y créant une cellule de coordination qui disposerait d'un référent joignable par les professionnels de santé ambulatoire. Cette cellule serait responsable de programmer, dès l'entrée du patient à l'hôpital, sa sortie en utilisant les expertises médicales et locales des membres des ex-réseaux de santé.

Nous venons de vous présenter quelques solutions envisagées pour l'avenir des réseaux de santé. Leur existence nullement remise en cause par ce travail sur leur cadre de référence va tout de même contraindre les réseaux de santé à évoluer. Si nous voulons faire évoluer la situation, si nous voulons donner aux ARS la capacité d'insuffler le mouvement nous nous devons d'imaginer des modalités de pilotage.

3.3 Le pilotage des réseaux entre contrats et conventions

Le réseau de santé peut être défini comme « *une forme organisée d'action collective apportée en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné* » (ANAES, 1999, p. 22). Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants.

Dans la perspective d'un pilotage repensé des réseaux en santé, on peut alors envisager une articulation pragmatique entre des modes de coordination différents : une régulation externe par incitation, qui ne contrarie pas une régulation interne reposant sur la délibération⁴⁵.

L'injonction, créée par la loi HPST du 21 Juillet 2009 et précisée dans le décret n° 2010-1170 du 4 octobre 2010⁴⁶, de conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens⁴⁷ (CPOM) entre les ARS et les réseaux de santé reprend l'idée développée ci-dessus et marque la volonté d'introduire une notion chère au nouveau management : la négociation de contrat de prestations qui fixent des indicateurs de performance à atteindre dans un délai imparti⁴⁸.

Ce mode de pilotage permet de relier deux versants différents de la théorie de rationalité de l'agent.

L'engagement contractuel de chaque agent dans des contrats bilatéraux et complets répond à l'hypothèse de rationalité instrumentale. Celle-ci met l'accent sur l'allocation optimale des ressources et sur le comportement intéressé d'agents qui coordonnent leurs efforts pour autant que cela leur permette d'accroître leur utilité propre. Selon cette perspective, l'ARS délègue au réseau le soin de prendre en charge une population spécifique, sur la base d'un contrat qui décourage l'opportunisme de l'agent et l'incite à répondre au mieux aux objectifs qui lui ont été impartis par le versement de contreparties financières associés aux engagements contractuels.

L'intégration des « *conditions d'organisation et de fonctionnement de la structure ainsi que ses engagements en termes de coordination avec les professionnels de santé* » au CPOM permet de répondre à l'hypothèse de rationalité interprétative des agents ou les acteurs interprètent et construisent ensemble de nouvelles règles pour réduire l'incertitude. La coopération entre les acteurs d'un réseau de santé repose sur la

⁴⁵ BUTTARD Anne ; « La gouvernance du réseau en santé : une régulation duale », *Journal d'Économie Médicale*, n°5,

⁴⁶ Décret n° 2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé

⁴⁷ Article L.1435-3 du code de la santé publique

⁴⁸ La Nouvelle Gestion Publique en action, De Boeck Université | *Revue internationale de politique comparée*

construction de règles communes, de croyances communes⁴⁹, reconnues comme légitimes au terme d'un processus de délibération entre acteurs. Ceux-ci se réfèrent à des principes de justice et à des règles d'action différentes qu'ils interprètent et articulent afin de définir des repères leur permettant de faire face ensemble à des situations complexes d'incertitude radicale. Par des règles d'action qu'il a participé à définir, l'agent est intrinsèquement incité à privilégier les objectifs du réseau plutôt que son intérêt égoïste. Ces règles peuvent être interprétées en termes de « conventions », conçues comme des accords tacites qui ne sont imposés par aucun individu en particulier mais sont respectés par l'ensemble. Les conventions permettent de restaurer la confiance et de sortir de situations d'indécidabilité.

En outre, quelle que soit leur phase de développement les réseaux de santé ont besoin, pour ajuster leur action, d'évaluer la réalité et la pertinence du service qu'ils rendent sous un angle objectif (réponse aux besoins) et sous un angle subjectif (perception des bénéficiaires). Il leur faut en effet non seulement ajuster les prestations qu'ils proposent, mais encore faire en sorte qu'elles soient correctement perçues et valorisées. Pour être utile aux acteurs des réseaux, cette évaluation doit être simple et continue et constituer l'outil de mesure du chemin parcouru, la source d'entretien de leur motivation, ainsi que l'instrument de perception des évolutions leur permettant d'ajuster leurs modes d'action⁵⁰.

Pour que les réseaux de santé et les ARS disposent d'outils de suivi et d'évaluation une série d'indicateurs a été développée lors de l'étude sur l'évaluation médico-économique des réseaux, étude co-pilotée par le bureau des coopérations et la CNAMTS avec l'aide du consultant GE-SANESCO.

Trois types d'indicateurs peuvent être retenus :

- Un indicateur concernant les résultats et les coûts (r -R)
- Un indicateur de répartition des dépenses totales de ville et des dépenses totales hospitalières (V-H)
- Un Indicateur Synthétique de Qualité (ISQ)

La méthode d'évaluation, détaillée en annexe, permettrait aux ARS d'établir sur des critères transparents et communicables à tous les acteurs de l'offre de soins les conditions de la réallocation des ressources disponibles du FIQCS.

⁴⁹ François-Xavier SCHWEYER ; Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils

⁵⁰ Marie-Odile Frattini, Michel Crémadez ; Les réseaux de santé

Conclusion

L'histoire des réseaux de santé est une histoire aux multiples rebondissements qui traduit parfaitement les hésitations des pouvoirs publics sur le positionnement à donner à ces structures. Pendant de nombreuses années, ces réseaux ont été considérés comme des structures expérimentales. L'institutionnalisation croissante depuis la loi de 2002 ne s'est pas accompagnée d'une refonte de la régulation du système de santé mais s'est traduite par l'intégration des réseaux dans le système de soins.

La révision générale des politiques publiques vient remettre en cause les financements des dispositifs les moins justifiés, en termes d'efficacité et d'équité de la prise en charge des patients. L'inspiration théorique de la RGPP le nouveau management public exige des modifications radicales tant dans l'organisation interne de l'Etat que dans les rapports que ce dernier entretient avec la société.

Au niveau de l'organisation interne de l'Etat, c'est à une vraie révolution que nous sommes en train d'assister. L'accent mis sur le rôle stratégique de l'Etat signifie une réhabilitation du politique, de la fonction de gouvernement, au sens étymologique du terme. Pouvoir exécutif et législatif, libérés de la gestion du quotidien et des contrôles tatillons qu'elle implique, sont alors disponibles pour leur tâche de pilotage. L'Etat et son administration se donnent les moyens d'une politique plus compréhensive, plus stable et, en définitive, d'un meilleur impact sur le devenir de la société. Pour répondre à cet objectif, de nouvelles méthodes de travail ont été introduites et privilégient désormais la recherche de consensus. Le management par mode projet qui promeut les groupes de travail, les comités de pilotage, qui regroupent l'ensemble des acteurs recherchent cette forme de consensus qui permet de légitimer les politiques publiques au regard de la société. La gestion axée sur les résultats, sur la performance et la justification au premier euro sont des outils qui permettent d'accentuer la transparence des dépenses publiques dans un contexte économique fragilisé par un déficit important de l'Etat.

Le guide méthodologique à destination des ARS sera le fruit de ses exigences formelles mais devra aussi répondre à des exigences de fond.

Les réseaux de santé, principal outil de la coordination des soins, devront répondre désormais aux exigences de qualité et d'efficacité que méritent les fonds publics. La réallocation des ressources du FIQCS devront se justifier sur des évaluations précises qui correspondent à des actions concrètes qui découlent d'objectifs signés entre les promoteurs des réseaux et les instances de tutelle. On retrouve la même mécanique d'allocation des ressources du management par projet : les crédits devront être alloués à des programmes, sur la base d'objectifs clairement définis, les résultats obtenus faisant l'objet d'une évaluation pratique en fonction d'indicateurs de performance préalablement

établis. Les CPOM, outil par excellence du nouveau management public, sera le document de pilotage des futurs réseaux de santé

Les réseaux de santé sont arrivés à un stade de leur développement où il devient urgent de se renouveler pour continuer à exister. Le nouveau management public avec des objectifs de rationalisation et d'efficacité doit-il néanmoins s'appliquer pour des structures qui sont encore aujourd'hui considérées comme des structures expérimentales ?

Est-ce raisonnable de fixer des objectifs sur une longue période, allouer des ressources en fonction d'indicateurs d'activités prévus des années auparavant à des organisations dont l'une des principales qualités est leur souplesse et leur capacité d'adaptation à un environnement en perpétuelle évolution ?

Bibliographie

ANAES/Mission évaluation réseaux de soins/Octobre 2001

Article L.1435-3 du code de la santé publique

BARCET A., BONAMY J., GROSJEAN M. [2003], « Une innovation de service par la mise en réseau de services », *Économies et Sociétés, Cahiers de l'ISMÉA*, série EGS, n°5, p. 1897-1916

BEJEAN S. [1999], « De nouvelles théories en économie de la santé : fondements, oppositions et complémentarités », *Politiques et management public*, volume XVII, n°1, p. 145-175

BEJEAN S., GADREAU M. [1997], « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », *Revue d'économie industrielle*, n°81, p. 77-97

BERCOT R., « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles »

BERCOT R., DE CONINCK F [2003], « Réseaux de santé : nouvelles solidarités, nouvelles relations de services », Rapport MiRe

BEZES P., « le renouveau du contrôle des bureaucraties, l'impact du new public management »

BOURGAULT J [2004], « La mise en oeuvre de la gestion axée sur les résultats : leçons tirées de l'expérience québécoise », *Revue française d'administration publique*, 2004/1 no109, p. 109-128

BOURNOT MC, GOUPIL MC, TUFFREAN F [2008], « Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié, DREES, Etudes et résultats n°649 »

BRUYERE C, BONAFINI P, « Les réseaux de santé français : une structuration à double sens » *Revue Sociologie Santé n°29*

BUTTARD A ; « La gouvernance du réseau en santé : une régulation duale », *Journal d'Économie Médicale*, n°5

BUTTARD A; « Le réseau en santé, Une pluralité de fondements théoriques pour une mise en œuvre pertinente »

CHEVALLIER J [2006]; « L'État stratège », Mélanges Birnbaum, Fayard

CHEVALLIER J, « la reconfiguration de l'administration centrale » E.N.A. | *revue française d'administration publique*

CRESSON G., SCHWEYER F.-X. [2000], « Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques », Rennes, Éditions ENSP

DAIGNE M, BONNIN F, FARSI F, GREMY F, « Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique »

Décret n° 2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé

DELLEY J-D, « Nouvelle gestion publique Quand l'Etat se donne les moyens de son action »

DOMIN J-P, « Les réseaux de santé : une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté »

FRATTINI M-O, CREMADEZ M, « Les réseaux de santé »

GADREAU M. [1999], « Le réseau de santé, compromis organisationnel ou mode de coordination spécifique ? », in GAZIER B, OUTIN J.-L., AUDIER F. (Éds), L'économie sociale, formes d'organisation et institutions, tome I, Paris, L'Harmattan, p. 287-304

Gouvernement Federal, Fondements de la modernisation de l'Administration fédérale, Bruxelles, 28 avril 2000.

Guide de la justification au premier euro des crédits du PLF 2011 (2010)

GUY PETERS B [2009], « Le service public et la gouvernance : retrouver le centre »

<http://www.rgpp.modernisation.gouv.fr/index.php?id=calendar>

<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/>

La lettre d'information du Pallium, Numéro spécial, Septembre 2005

La nouvelle gestion publique en action, De Boeck Université | Revue internationale de politique comparée

MERRIEN F-X; « La Nouvelle Gestion Publique : un concept mythique »

OCDE, Governing for results, Paris, Puma, 2002

OSBORNE D, GAEBLER T [1993], Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector, Reading (Mass.), Addison Wesley

POUTOUT G, « Revue hospitalière de France » n°518

POUTOUT G; « Revue hospitalière de France » n°516

Rapport IGAS 2010, Sur les fonds d'Assurance Maladie (FNPEIS, FNPEISA, FNPM, FIQCS et FMESPP)

ROBELET, SERRE, BOURGUEIL [2005], « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles »

ROUBAN L [2009], « La politisation de l'administration en France ou la privatisation de l'État »

SANICOLA L. [1997], « La problématique des réseaux », Prévenir, n°32, p. 154-176

SCHWEYER F-X; « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils »

VARROUD-VIAL M [2010], « L'articulation avec les réseaux : coexistence ou synergie? », Réseaux, Santé et Territoires, N°32

VINAS J-M, « L'avènement des réseaux de la tuberculose aux ordonnances de 1996 »

VOILLEQUIN [2010], « *Vers une nouvelle organisation territoriale des réseaux de santé en Addictologie de Franche-Comté ?* » mémoire de mastère 2, Université de Franche-Comté

Liste des annexes

- 1) Petite synthèse sur l'évaluation des réseaux de santé
- 2) Fiche de poste de coordinateur de réseaux de santé
- 3) Proposition d'évaluation pour les réseaux de santé

1) Petite synthèse sur l'évaluation des réseaux

L'étude de référence est le document CREDES/IMAGE de 2001 (L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations), qui produit une analyse de la problématique de l'évaluation des réseaux :

- La finalité d'une évaluation est à 3 dimensions : cognitive, normative (jugement par rapport à une référence), instrumentale (élaboration de conclusions opérationnelles ou de propositions de changements éventuels). On distingue aussi évaluation formative et évaluation sommative : la première fait partie intégrante du projet et est un outil permanent de pilotage du projet ; la seconde permet de faire le point, de façon périodique, sur les objectifs atteints.
- Le cadre strict de l'évaluation médico-économique doit être enrichi dans le cas des réseaux car ce qu'on attend est multidimensionnel (améliorer les résultats pour les patients concernés, mais aussi faire évoluer les processus de production de soins, construire de nouvelles formes d'organisation de la médecine ambulatoire, etc.). Certains de ces éléments (satisfaction, coopération, organisation) peuvent être assez immatériels et qualitatifs ;
- Au total, l'approche proposée garde le principe d'évaluer, par rapport à une situation de référence, les résultats et les coûts du réseau, mais en élargissant la notion de résultats ; il vaut mieux parler d'ailleurs d'impacts ou de conséquences.

Le Rapport IGAS de 2006 (Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DRDR)) a constitué un évènement important dans le domaine des réseaux de santé, remettant en cause au fond certains aspects de leur développement.

La mission IGAS avait relevé les résultats des évaluations intermédiaires ou finales concernant 21 réseaux financés par le FAQSV national et établissait que parmi ces réseaux seuls 2 projets seulement étaient considérés comme porteurs d'un intérêt avéré pour des montants versés avoisinant les 4 millions d'euros alors que pour 11 réseaux l'évaluation était non concluante (16,98 M€ versés).

Au plan régional, les projets financés ont des résultats observés très limités : plus-value rarement démontrée, aucune preuve tangible d'amélioration des relations entre professionnels de ville et établissements de santé, pas de dynamique de territoire, peu de personnes impliquées pour un coût qui paraît élevé.

L'évaluation médico-économique des réseaux : Pourquoi et comment ? (2009) de

L. Rochaix note que l'évaluation des réseaux « s'inscrit dans le cadre plus large de l'évaluation économique des politiques publiques » et en particulier dans la recherche de

l'efficience au sein du système de soins, recherche rendue d'autant plus indispensable que les contraintes financières s'accumulent.

FICHE DE POSTE

FONCTION : **Coordonnatrice du réseau**

Missions:

- Coordonner et animer les activités du réseau
- Assurer la gestion administrative du réseau
- Participer à la vie du réseau

Activités:

⇒ **Dans sa mission de coordination et d'animation des** activités du réseau, la coordinatrice :

- veille au respect des procédures et au bon fonctionnement du dispositif, en lien avec l'ensemble des intervenants,
- anime et coordonne les activités de l'équipe du réseau
- organise et fédère les diverses actions du réseau,
- prend les initiatives qui s'imposent.

⇒ **Dans sa mission de gestion administrative** du réseau, la coordinatrice :

- réalise le montage des différents dossiers : financement, partenariat, appel à projets
- réalise la rédaction des différents dossiers : évaluation interne, rapport d'activité
- prépare les différentes réunions et l'AG et rédige les comptes-rendus
- assure la gestion de la comptabilité

⇒ **Dans sa mission de participation** à la vie du réseau la coordinatrice:

- assure l'accueil et l'écoute auprès des personnes âgées (et de leur entourage),
- assure la liaison avec les acteurs sanitaires et sociaux et notamment le médecin généraliste coordonnateur,
- participe à la réunion de coordination et aux réunions de synthèse de l'équipe et apporte son soutien technique,
- peut représenter le réseau, sur délégation du Président, aux différentes réunions extérieures (Conseil Général, URCAM, ...),
- assure la promotion du réseau,
- assure la relation avec les prestataires extérieurs.

Compétences techniques et comportementales requises :

Compétences techniques :

- Bonne connaissance des méthodes d'organisation,
- Pratique de la micro-informatique
- Connaissance en comptabilité vivement souhaitée,
- Connaissance du domaine médico-social appréciée,

Compétences comportementales :

- Capacité d'encadrement, d'adaptation, et de disponibilité
- Bon relationnel
- Respect du secret professionnel, discrétion
- Dynamisme, réactivité
- Sens du travail en équipe
- Rigueur
- Aptitude à prendre des initiatives

3) Proposition d'évaluation - Construction des indicateurs réseaux

Trois types d'indicateurs peuvent être retenus :

- Un indicateur concernant les résultats et les coûts (r -R)
- Un indicateur de répartition des dépenses totales de ville et des dépenses totales hospitalières (V-H)
- Un Indicateur Synthétique de Qualité (ISQ)

1) L'indicateur résultats et coûts (r -R)

En partant de l'exemple du diabète, on dispose à la fois d'un indicateur de coûts (coûts totaux remboursés) et d'indicateurs de qualité et d'amélioration des prises en charge à travers les critères de suivi du diabète. Pourraient être pris en compte :

- Le rapport de taux de bonne prise en charge des patients bénéficiant de l'ensemble des critères de suivi par l'action du réseau : r ; r=1 si la différence n'est pas significative entre cas et témoins sur ce critère ;
- Le ratio dépenses totales moyennes des cas / dépenses totales moyennes des témoins, pour les non IRCT : R⁵¹ ; de même, R=1 si la différence n'est pas significative entre cas et témoins sur ce critère.

Ainsi, par exemple pour le réseau de diabétologie n°1, on a r =3,85 et R = 1 (pas de différence significative sur les dépenses totales entre cas et témoins).

On peut même transformer ces éléments en ratio (dans l'esprit des ratios coût/efficacité), en considérant R/r, mais cette synthèse ferait perdre de l'information et risquerait de rendre la lecture du résultat malaisée ; il paraît préférable de garder le principe d'un score de résultat et d'un score sur les coûts.

Avec ces deux scores, les différents réseaux pourront être classés et il sera alors possible de positionner ces réseaux dans le tableau suivant (proposition de présentation) :

Tableau indicateur « r –R »

	Coûts moyens par patient supérieurs chez les cas R > 1	Coûts moyens par patient égaux chez les cas : R = 1	Coûts moyens par patient inférieurs chez les cas : R < 1
Indicateurs de résultats améliorés chez les cas : r > 1	Efficienc e probablement améliorée	Efficienc e améliorée	Efficienc e fortement améliorée
Indicateurs de résultats similaires chez les cas : r = 1	Efficienc e détériorée	Efficienc e non modifiée	Efficienc e améliorée
Indicateurs de résultats moins bons chez les cas : r < 1	Efficienc e fortement détériorée	Efficienc e détériorée	Efficienc e probablement détériorée

⁵¹ En effet, les patients en IRCT présentent des dépenses nettement plus élevées que les non IRCT, avec une forte variabilité. Il paraît pertinent de les exclure dans cette analyse.

En gras, sont indiqués les positionnements où on attendrait une majorité de réseaux. Dans le cas inverse, si les réseaux sont plutôt positionnés dans les autres cases, l'impact du modèle d'organisation en réseau s'avérerait défavorable.

A noter que dans les tests, les deux réseaux de diabétologie analysés se trouvent dans la case : indicateurs de résultats améliorés / coûts moyens par patient similaires aux témoins.

Cette présentation est valable pour tous les réseaux où l'on dispose d'indicateurs de résultats validés (pathologies chroniques, addiction, soins palliatifs).

Cependant, si de manière générale, on est confronté à l'absence de critères fiables et repérables facilement chez les cas et les témoins quant au niveau de complexité ou la lourdeur des patients, l'appariement cas/témoins (sur l'âge, la notion d'ETM, le type de traitements, etc.) permet de pallier cette lacune dans de nombreux cas.

En fonction des résultats, un scoring simple peut être mis en place de façon à positionner le réseau, ensuite, par rapport à d'autres sur la même thématique :

Scoring associé à l'indicateur « r-R » :

	Coûts moyens par patient supérieurs chez les cas	Coûts moyens par patient égaux chez les cas	Coûts moyens par patient inférieurs chez les cas
Indicateurs de résultats améliorés chez les cas	4	5	6
Indicateurs de résultats similaires chez les cas	1	2	5
Indicateurs de résultats moins bons chez les cas	0	1	3

2) Un indicateur de répartition des dépenses totales de ville et des dépenses totales hospitalières (V-H)

Une autre façon d'apprécier l'impact des réseaux par thématique, serait de comparer des ratios cas/témoins de coût par patient (en gardant toujours l'avantage de la comparabilité cas/témoin sur un même territoire géographique) en observant la répartition de ces dépenses totales entre dépenses de ville et dépenses hospitalières. Les réseaux ont en effet souvent comme objectif et comme impact un déport des dépenses hospitalières vers les dépenses de ville. Aussi, on pourrait construire le tableau de restitution suivant, afin d'identifier les situations où une sorte de transfert s'opère entre soins de ville et soins hospitaliers :

	Ratio dépenses de soins de ville moyennes par cas / dépenses de soins de ville moyennes par témoin		
Ratio dépenses hospit. moyennes par cas/dépenses hospit. moyennes par témoin	>1	1	<1
>1	Réseau non pertinent	réseau non pertinent	A discuter (bien que peu probable)
1	Réseau non pertinent	A discuter	A discuter
<1	réseau pertinent	réseau pertinent	Réseau très pertinent

Note : lorsque les différences entre cas et témoins ne sont pas significatives, le ratio de dépenses cas/témoins est fixé à 1.

En gras, sont soulignées les situations où l'on attendrait le plus de réseaux : diminution des dépenses hospitalières et augmentation ou stagnation des dépenses de ville. La situation au cours de laquelle un réseau diminuerait les dépenses hospitalières et les dépenses de ville constitue évidemment la meilleure situation. Les situations où un réseau diminuerait les dépenses de ville sans diminuer les dépenses hospitalières voire en les augmentant paraissent peu probables.

En revanche un réseau qui ne permettrait pas de diminution des dépenses hospitalières à niveau de dépenses de ville égale ou en augmentation, pourrait ne pas être pertinent (dans son organisation actuelle).

Enfin, on peut observer que la situation du centre, où aucune variation n'est observée dans les dépenses, a été identifiée dans plusieurs réseaux testés.

En fonction des résultats, un scoring simple peut être mis en place de façon à positionner le réseau, ensuite, par rapport à d'autres sur la même thématique :

Scoring associé à l'indicateur V-H

	Ratio dépenses de soins de ville moyennes par cas / dépenses de soins de ville moyennes par témoin		
Ratio dépenses hospit. moyennes par cas/dépenses hospit. moyennes par témoin	>1	1	<1
>1	0	0	1
1	0	1	1
<1	2	2	3

3) Indicateur Synthétique de Qualité (ISQ)

Au niveau national, un recueil standardisé de données a été réalisé auprès des réseaux, via les ARS (auparavant les MRS) en s'appuyant sur la circulaire du 2 mars 2007.

Un indice synthétique de qualité (ISQ) a été calculé ensuite pour chaque réseau en prenant en compte des indicateurs traceurs des procédures de qualité et de sécurité mises en place dans les réseaux pour la prise en charge des patients. Cet indice est coté sur 10 indicateurs (ou sur 8)..

De façon très synthétique, il pourrait donc être possible d'associer l'ISQ à un niveau d'organisation et de structuration du réseau (cf. tableau ci-dessous) :

Indice synthétique de qualité du réseau	Sup à 8	Entre 5 et 8	Entre 2 et 5	Inf à 2
Réseau	Très bonne organisation	Bonne organisation	Organisation médiocre	mauvaise organisation

Au global, un faisceau d'indicateurs pourrait donc être retenu pour positionner un réseau :

Tableau de synthèse				
	ISQ	Score r et R	Score ratio dep HOP et VILLE	Score total
Réseau X	0	0	0	0

Les réseaux dont le score total serait situé entre 0 et 3, pourraient être considérés comme non pertinents et pourraient ne plus être financés dans les conditions actuelles de leur fonctionnement. Au-delà de 3, il s'agirait d'une prise de décision au cas par cas, probablement prise à l'échelon régional.

RIGAUD

Charles

06 Juillet 2011

Pilotage des politiques et actions en Santé Publique

Promotion 2011

Les réseaux de santé à l'heure du Nouveau Management Public

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

Résumé :

Dans le cadre de la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseau de santé publiée suite au rapport de l'IGAS en date de 2006, la DHOS et la CNAMTS avaient donné pour objectif aux échelons régionaux de ne « financer ou de ne continuer à financer que les réseaux qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations ».

Le manque d'outils à disposition des ARS, l'insuffisante mobilisation des indicateurs existants, difficulté à définir précisément les objectifs assignés aux réseaux de santé et leur positionnement dans l'offre de soins rendent complexe la remise à plat par les ARS du financement des réseaux dont la nécessité est pourtant renforcée du fait de la réfaction opérée cette année sur l'enveloppe régionale (-3.5%).

En conséquence, une forte attente s'exprime à l'égard de la DGOS de la part des ARS, qui souhaiteraient disposer d'un appui méthodologique pour une révision des politiques régionales dès 2011 mais également des représentants des réseaux eux mêmes, qui attendent une clarification de la « doctrine nationale ».

Afin de répondre à ces attentes, il convient de proposer, à travers un guide méthodologique à destination des ARS, de répondre aux interrogations de tous les acteurs sur l'organisation des réseaux, leur financement et leur évaluation.

Ce mémoire s'intéresse à la construction de ce guide méthodologique au sein d'une administration centrale dans le contexte particulier du Nouveau Management Public marqué par de nouvelles méthodes de travail et de nouvelles missions de l'Etat désormais « stratège » envers les réseaux de santé.

Mots clés :

DGOS - Réseaux de santé - Cadre de référence - FIQCS - ARS - Nouveau Management Public - Etat-Stratège - Guide méthodologique - Evaluation - Financement - Pilotage

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.