



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Date du Jury : *Décembre 2002*

**L'IMPACT DES RESEAUX DE SANTE
POUR UN POLE DE REFERENCE : ANALYSE
DES ENJEUX STRATEGIQUES, ECONOMIQUES
ET ORGANISATIONNELS
AU CHU DE BESANCON**

Sébastien MICHALSKI

Remerciements

Je tiens ici à remercier à M. le Professeur Robert Launois, pour avoir accepté d'être mon encadrant mémoire et de me faire bénéficier de son expérience et de ses conseils, ainsi que mon maître de stage, M. Franck D'Attoma, pour sa contribution à la définition et à la réalisation de cette étude.

Des remerciements sincères vont aussi à toutes les personnes, citées dans la liste suivante, qui ont accepté de me recevoir en entretien ; ces professionnels m'ont consacré beaucoup de leur temps, fourni des documents précieux et ils ont contribué à ce que ce travail présente un caractère concret et vivant.

1° Coordonnateurs médicaux :

Dr Aubry – soins palliatifs
Pr. Chalopin – IRC
Dr Méneveau – cardiologie
Pr. Menget – périnatalogie
Pr. Moulin – urgences neurologiques
Dr Reneaux – insuffisance respiratoire

2° Correspondants ARH :

Dr Bonnans – oncologie
Dr Choulot - périnatalogie
Dr Clément – hémophilie
Dr Leboube – urgences neurologiques et diabétologie
Dr Nabon – cardiologie
Dr Rouyer – IRC

3° Autres praticiens (libéraux) :

Dr Chavot
Dr Grandmottet

4° Tutelles :

Dr Goguet, conseiller médical de l'ARH et chef projet réseaux
M.Barge, responsable du projet de plate-forme régionale des réseaux
Mme Morisot, responsable du FAQSV à l'URCAM
M.Penn, directeur de l'URML

5° Autres acteurs du CHU :

M.Flammarion, directeur des activités et des projets
M.Grossin, direction du système d'information
M.Limat, pharmacien

Sommaire

Introduction.....	7
Première partie : développement des réseaux et organisation sanitaire.....	10
I) Un fort essor conceptuel et historique.....	11
A) Le développement des réseaux : un essor exponentiel.....	12
1) genèse des réseaux.....	12
2) l'institutionnalisation des années 90 et 2000.....	12
3) l'analyse du phénomène des réseaux : explications structurelles et actions locales.....	13
B) La riche polysémie des réseaux.....	15
C) Caractères des réseaux de santé : des liens pluridimensionnels.....	17
D) L'hôpital, un réseau antérieur aux réseaux.....	18
II) Les réseaux en Franche-Comté : une démarche globale.....	19
A) Santé et infrastructures de santé en Franche-Comté.....	20
B) Une offre de soins hospitaliers aménagée par le volontarisme de la tutelle.....	21
C) Une véritable « politique » de réseaux.....	22
D) Le CHU de Besançon et les réseaux.....	25
1) présentation de l'établissement.....	25
2) les réseaux : une priorité récente.....	25
Deuxième Partie : analyse de l'impact des réseaux au CHU.....	28
I) Les aspects stratégiques : « centralité » et ouverture.....	29
A) La notion de « tête de réseau ».....	29
1) une place centrale au sein des filières de soins.....	29
2) la concentration des coordinations médicales.....	32
B) Vers une gestion active des relations et des activités du CHU au sein du paysage sanitaire régional.....	34
1) une logique d'ouverture sur l'environnement sanitaire et social.....	34
a) des perspectives d'évolution figées.....	34
b) aux projets collectifs offensifs.....	35
2) une régulation du « portefeuille » d'activités de l'établissement.....	36
a) la segmentation stratégique des activités de soins.....	37
b) gestion des activités complexes.....	37
c) régulation des activités de moindre technologie.....	38
3) une possible stratégie de partage d'avantages.....	39

II) L'impact sur l'organisation interne : des modalités de travail novatrices.....	44
A) D'un système d'information autocentré à un système d'information en réseau... 44	
1) une mutation des missions des services informatiques.....	44
2) l'adaptation des structures et du matériel informatique.....	46
B) Les réseaux et le renforcement de la cohérence des métiers du CHU.....	47
1) la notion de métier appliquée aux établissements de santé.....	47
2) une adaptation des soins aux besoins du système.....	48
3) une articulation entre soin et prévention.....	49
4) de réelles potentielles pour le développement de la recherche.....	50
5) un élargissement de la mission de formation.....	50
C) Une meilleure mobilisation des compétences de l'institution.....	51
1) un renforcement de la pluridisciplinarité.....	51
2) les réseaux, points d'appui d'organisation médicales innovantes.....	52
3) une attention renouvelée à la qualité des pratiques et aux attentes des patients.....	54
III) Les conséquences sur l'activité et les finances : complexité de l'analyse et des relations externes.....	56
A) Les préalables méthodologiques.....	56
1) le choix de la situation de référence.....	56
2) les coûts à prendre en compte.....	57
B) Analyse des effets sur l'activité et les dépenses médicales.....	58
1) les réseaux peu gradués : un faible impact.....	58
2) les réseaux fortement gradués : des conséquences rapides et tangibles.....	60
a) oncologie.....	60
b) périnatalogie.....	61
c) urgences neurologiques.....	62
d) cardiologie.....	63
3) Bilan des évolutions des dépenses médicales.....	63
C) Dépenses de personnel.....	64
D) Autres investissements et frais de fonctionnement.....	66
E) La complexité du système de financement.....	67
1) relations entre l'équipe de direction et l'Agence régionale.....	67
2) des cloisonnements figeant les tentatives d'évolution.....	68
 Troisième Partie : Accompagner l'essor des réseaux.....	70
I) Les actions internes : vers une plus grande cohérence du suivi.....	71
A) L'instauration d'un suivi institutionnel complet et concerté.....	71
B) Les ressources communes aux réseaux.....	73
C) Gestion des risques liés aux réseaux.....	74
1) la sécurité du système d'information.....	74
2) vers une responsabilité juridique accrue.....	75

II) Les actions externes.....	77
A) Un recentrage sur les fonctions naturelles du CHU.....	77
B) Un rééquilibrage médecine générale/médecine spécialisée.....	79
C) Un renforcement du dialogue horizontal.....	81
D) L'indispensable maîtrise de l'évaluation et de l'information.....	82
Conclusion.....	85
Bibliographie.....	87
Listes des annexes.....	90

Liste des principaux sigles utilisés

ANAES : agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé

ARH : agence régionale de l'hospitalisation

CHU : centre hospitalier universitaire

CRAM : caisse régionale d'assurance maladie

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

EFS : Etablissement français du sang

FAQSV : fonds d'aide à la qualité des soins de ville

ISA : indicateur synthétique d'activité

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie

URML : union régionale des médecins libéraux

INTRODUCTION

Si l'on en croit l'abondante littérature¹ publiée sur ce sujet au cours de la période récente, le travail en réseau des professionnels dans le domaine de la santé n'a cessé de se développer depuis le début des années quatre-vingt-dix, encouragé par des réglementations et des incitations nationales de plus en plus nombreuses. Ce fait, qu'il soit une simple institutionnalisation de pratiques antérieures ou un changement réel des modalités de collaboration au sein de notre système, touche toutes les catégories d'acteurs de soins et de prévention. Cet essor est, pour certains auteurs, un phénomène passager ou seulement un habillage sémantique de pratiques courantes ; pour d'autres, il représente une véritable réponse apportée par les professionnels aux lacunes dans l'organisation des actions de santé.

Les établissements hospitaliers sont très directement concernés par ce mouvement, du fait peut-être de la place centrale qui leur est dévolue en France. Ils participent ainsi tant aux réseaux strictement inter-hospitaliers qu'à des prises en charge faisant collaborer leurs praticiens avec les professionnels de ville. Les centres hospitaliers universitaires paraissent être particulièrement impliqués, à l'image de l'hôpital de Besançon, terrain de cette étude, qui est partie prenante d'une dizaine de réseaux, ceux-ci figurant désormais en bonne place dans ses documents stratégiques (projet médical et projet d'établissement).

Or, les réseaux, concept et réalité, sont entourés d'une grande imprécision - dans leur définition et leurs modalités pratiques de développement - qui tient à la fois de la diversité qui se cache derrière cette notion et à ses caractères inhérents. Il existe un contraste assez saisissant entre les institutions anciennes et très structurées que sont les établissements de santé et ces formes d'action émergentes et souples. Il apparaît surtout que le développement de ces dernières s'est réalisé en dehors des attentes ou des anticipations des établissements, l'implication de ceux-ci étant davantage un constat que le résultat d'une volonté mûrie.

Cependant, les réseaux ne sont pas constitués de nouveaux acteurs, ils ne font qu'utiliser les ressources des acteurs existants, notamment celles des hôpitaux, dont ils modifient l'organisation et les ressources internes et la place dans leur environnement sanitaire. Cet impact, dont les gestionnaires des établissements découvrent petit à petit les

aspects, ne fait pas l'objet d'une recension globale, en partie parce que la gestion traditionnellement est très verticale et mal adaptée à la prise en compte de phénomènes transversaux.

Cette lacune suscite une tension entre la place grandissante de cette forme réseau dans les relations que les établissements entretiennent avec les partenaires extérieurs et le manque d'information permettant d'adapter la stratégie ou l'organisation des hôpitaux à cette forme de collaboration. Or, si de nombreuses études proposent de définir les conditions d'un bon fonctionnement des réseaux ou leurs "facteurs clés" de succès², peu de travaux semblent avoir choisi d'examiner les effets des réseaux pour les institutions qui en sont les piliers. C'est oublier que les réseaux ne vivent qu'à travers celles-ci et leur soutien.

Le présent mémoire a pour objet d'examiner les principaux aspects de l'impact des réseaux pour le centre hospitalier universitaire de Besançon. Il s'agit d'une analyse transversale aux différents réseaux existants, qui se justifie par le cadre commun qu'ont reçu ces formes d'organisation en Franche-Comté (du fait de l'action de l'Agence régionale de l'hospitalisation) et qui a créé de fortes similitudes entre eux – leurs divergences étant par ailleurs riches d'enseignement pour l'analyse. Aucune distinction ne sera non plus faite a priori entre les réseaux "inter-hospitaliers" et les réseaux "ville-hôpital", car, comme le souligne un des acteurs rencontrés, tous les patients, sauf en long séjour peut-être, ont vocation à sortir de l'hôpital (et par conséquent les réseaux peuvent tous se doter d'un versant ambulatoire).

Après avoir tenté de cerner la nature exacte des réseaux de santé (à partir des définitions théoriques et de l'expérience française) et défini le contexte de l'étude, il conviendra de sérier et de recenser leurs différents effets actuels et potentiels. Ceux-ci sont de trois ordres : d'abord, les réseaux changent, et c'est parfois leur objet même, la place de l'établissement dans le système de santé et modifient ses ressources stratégiques ; ensuite, l'ouverture et la transversalité dont ils sont porteurs amènent au sein des organisations classiques de nouvelles préoccupations et d'autres façons de travailler ; enfin, très concrètement, ils possèdent un impact sur l'activité et les dépenses de l'hôpital, ainsi que sur ses modalités de financement. La détermination de ces conséquences permettra de définir

¹ Cf. par exemple la bibliographie du site ressource du RESSY(Réseau Sud Santé Yvelines) : <http://dossiers.ressy.org/bibliographie/reseaux>

² GREMY (F.), Réseaux de santé, symptôme et moyen de la recherche de qualité, *Actualité et dossier en santé publique*, Paris, n°35, Juin 2001, pp.74-77.

les modalités, pour les acteurs de l'établissement, d'un accompagnement de cet essor, qui passe par une réduction des obstacles et risques inhérents et un positionnement optimal vis-à-vis des autres acteurs de santé.

PREMIERE PARTIE

Développement des réseaux et organisation sanitaire

Les réseaux dans le domaine sanitaire et social sont devenus au cours des vingt dernières années un concept très prisé. On parle ainsi de réseau pour désigner des organisations mettant en relation des acteurs d'une grande diversité : établissements de santé, services sanitaires et sociaux étatiques, médecins libéraux, institutions finançant la protection sociale... Certains auteurs évoquent une mode passagère, mais l'ampleur du phénomène (plus d'un millier de projets) et les moyens dégagés démentent cette hypothèse.

Il est possible cependant de se demander si la réalité qualifiée par cette notion est tout à fait neuve. Pour certains, les activités de santé, et notamment la médecine, se pratiquent en réseau depuis des temps anciens³. Si la relation médecin-patient s'établit autour d'un colloque singulier et repose souvent, notamment dans l'exercice libéral, sur une relation bilatérale, les médecins, comme d'autres corporations, ont développé des liens (sociétés médicales, associations, écoles, liens informels...) qui accentuent le recours aux réseaux dans leur pratique.

L'imprécision de l'utilisation de la notion suscite cependant le doute. Pour certains auteurs, comme Jean-Pierre CLAVERANNE⁴, le terme appartiendrait à la catégorie des « mots séducteurs, emblèmes de politiques ou de pratiques qui se veulent novatrices, qui envahissent de façon récurrente les espaces de décision et d'action mais qui sont, lorsqu'on les analyse, des mots « patauds », véritables trous noirs sémantiques, qui participent à l'enlèvement de bonnes fausses idées ». Emprunté au lexique de la communication, il deviendrait un facteur d'obscurité plutôt que de clarté dans le secteur de la santé, en l'absence de redéfinition bien ciblée. De même, François GREMY⁵ le qualifie de « buzz word », de mot ayant « plus de valeur que de signification », à l'instar du terme « qualité ».

³ CHARVET-PROTAT (S.) CASTRA (L.), Réseaux de soins : vers le développement d'une nouvelle logique pour l'organisation de l'offre de santé, *Perspectives sanitaires et sociales*, n°155, pp.13-23.

⁴ CLAVERANNE (J.-P.) et PASCAL (C.), Complémentarité et réseaux. De la métaphore à la pratique, *Journal d'économie médicale*, 2001, Vol.19, n°5-6, 331-348

⁵ GREMY (F.), Les 19 ingrédients d'un réseau de santé, *Actualité et dossier en santé publique*, Paris, n°24, Septembre 1998, pp.

Il convient donc en premier lieu de saisir ce phénomène dans sa réalité historique et sociale, et de délimiter plus finement ses caractéristiques.

I) Un fort essor historique et conceptuel

A) le développement historique des réseaux sanitaires : un essor exponentiel

1) *Genèse des réseaux*

S'il est difficile de délimiter historiquement les évolutions des pratiques en réseau des professionnels, il est en revanche possible de suivre celles des politiques publiques promouvant les réseaux. On constate que leur essor est la conjonction de politiques nationales imposant de nouvelles formes de prise en charge et d'initiatives locales cherchant à contourner les rigueurs du système.

Certains auteurs situent le début de cet essor pendant la Première Guerre Mondiale⁶. En 1914, en effet, les autorités françaises avaient décidé de combattre un des fléaux sanitaires de l'époque, la tuberculose, en organisant une prise en charge coordonnée centrée autour de dispensaires.

Il faudra ensuite attendre la fin de la Deuxième Guerre Mondiale pour que ce même mode d'organisation soit remis au goût du jour à travers les réseaux sanitaires spécialisés dirigés contre les grands problèmes de santé publique : alcool, toxicomanie, maladies vénériennes... Puis, pendant les années soixante-dix, des initiatives locales utiliseront également la forme réseau, dans le domaine de la coordination gérontologique notamment, pour faire travailler ensemble des équipes multidisciplinaires auprès des malades.

Depuis les années quatre-vingt, la montée en puissance de ce concept est devenue beaucoup plus nette. La loi du 19 janvier 1983 a encouragé la création de prises en charges coordonnées et l'apparition de l'hospitalisation à domicile a fait sortir l'hôpital de ses schémas habituels de traitement. Puis, l'apparition du sida a poussé les acteurs sanitaires à développer des schémas parallèles au fonctionnement des services de santé traditionnels, ce qui s'est traduit par le développement des réseaux ville-hôpital. Les préoccupations de santé publique ont fait alors un retour notable parmi les actions financées par l'Assurance Maladie.

2) l'institutionnalisation des années 90 et 2000

Cependant, c'est au cours des années 90 qu'est apparu le cadre juridique général classant les réseaux parmi les outils de recomposition de l'offre de soins. Au début de la décennie, la loi hospitalière de 1991, ouvrant la possibilité d'utiliser des conventions pour tisser de liens entre les acteurs de santé, et les circulaires mettant en place des réseaux ville-hôpital ciblés ont placé les établissements de santé au cœur de cette dynamique.

Mais l'ensemble des acteurs s'accordent pour reconnaître le caractère structurant des ordonnances 96-345 et 96-346 qui, toujours sans donner de définition précise aux réseaux, ont ouvert deux champs pour leur développement. La première, modifiant le Code de la Sécurité Sociale, a prévu la possibilité d'utiliser deux catégories d'actions expérimentales : les filières, destinées à améliorer la qualité du suivi médical et l'accès des patients au système de soins, et les réseaux de soins expérimentaux, permettant la prise en charge globale des patients atteints de pathologie lourde ou chronique en favorisant, notamment, la coordination entre l'hôpital et la médecine de ville. A la coordination médico-sociale s'est ajoutée la possibilité de recourir à des dérogations tarifaires, par accord avec les organismes de Sécurité sociale.

La seconde ordonnance a, elle, créé les réseaux dits du Code de la Santé Publique. L'article 712-3-2 de celui-ci a précisé que ces réseaux ont pour objet « d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité ». Il s'agit là de réseaux plutôt inter-hospitaliers, à vocation large (pathologies lourdes ou chroniques, urgence, personnes âgées...). Leur but est d'ouvrir les établissements de santé sur leur environnement, pour améliorer la réponse aux besoins de la population.

Il a aussi été créé un Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux de Soins, ayant pour fonction d'examiner les dossiers présentés par les promoteurs des réseaux expérimentaux et de permettre leur agrément ministériel (procédure interrompue et prochainement décentralisée). Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) nouvellement créées ont pris en charge le développement des réseaux inter-hospitaliers. Dans ce domaine, des circulaires concernant certaines disciplines stratégiques en termes de

⁶ VINAS (J.-M.), L'avènement des réseaux. De la tuberculose aux ordonnances de 1996, *Actualité et dossier en santé publique*, Paris, n°24, Septembre 1998, pp.13-14.

santé publique (cancérologie et périnatalité notamment) ont imposé une organisation graduée des établissements, appelés à collaborer en réseau. Dans le secteur ambulatoire, le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), créé plus récemment et dont les procédures sont gérées par les URCAM, a reçu notamment mission de financer les réseaux ou parties de réseaux existant en ville (moyens de fonctionnement et études).

Depuis 1996, les règles ont évolué, et une certaine décentralisation semble à l'œuvre. Les textes régissant des organisations nouvelles se comptent maintenant par dizaines, illustrant l'intérêt des pouvoirs publics pour les réseaux, sans que ceux-ci se trouvent cependant pourvus d'outils ou de règles de fonctionnement très précises. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients a apporté sa pierre à cette consécration en reconnaissant les réseaux comme un moyen de recentrer les actions sanitaires autour de la personne soignée, qui s'est vue accorder dans le même temps un droit d'accès à son dossier médical.

3) analyse du phénomène des réseaux : explications structurelles et actions locales

Le nombre de réseaux recensés par le Ministère de la Santé a progressé de façon très rapide depuis quelques années ; de 500 en 1996, ils auraient approché le nombre de 800 l'année suivante et dépassé ensuite le millier. Cette forte expansion traduit à la fois l'existence de pratiques en réseau avant l'adoption des dispositifs de 1996 et l'élan que ces mesures ont donné à ces formes d'organisation. Les grands champs médicaux actuels illustrent la stratification opérée par les différentes utilisations des réseaux au cours du temps:

- réseaux de lutte contre les "fléaux sociaux" et les maladies sexuellement transmissibles: SIDA, hépatite, toxicomanie.
- réseaux de coordination gérontologique
- prise en charge des maladies chroniques (insuffisance rénale, respiratoire, diabète)
- réseaux de soins palliatifs

La création des réseaux de soins actuels a été motivée en partie par le souci d'améliorer le fonctionnement présent du système de santé français. La continuité des soins, la coordination, le suivi des dossiers des patients sont largement invoqués par les professionnels, ce qui renvoie aux failles de l'organisation présente. Bien couvert, globalement, par le système de protection sociale national, le patient français ne bénéficierait

pas en revanche d'une orientation optimale dans le système de soins⁷. En effet, celui-ci est composé d'acteurs dont l'organisation, la culture professionnelles et les modalités de financement sont très différentes et les séparent, voire les opposent.

Il est possible de relever au moins quatre lignes de fracture :

- entre l'hôpital et la médecine de ville (financement, organisation et culture des praticiens)
- entre secteurs public et privé (financement et modes d'exercice des praticiens)
- entre champs sanitaire et social (lois de 1970 et 1975)
- entre prévention et soins (la première étant historiquement peu financée).

La spécialisation croissante des activités de soins pourrait être ajoutée à cette liste ; en effet, dans les systèmes modernes de santé, mais particulièrement en France, la spécialisation est devenue une tendance forte, qui est valorisée par le système et constitue un « critère de classement social »⁸, au sens où « les producteurs de soins les plus spécialisés sont réputés les plus efficaces et tirent quelques avantages de cette position ». Or, cette spécialisation ne s'accompagne pas d'une tendance à la coordination des actions et des traitements, bien au contraire. Les médecins libéraux, par exemple, revendiquent une certaine autonomie dans leur activité, celle-ci étant considérée par eux comme une condition de la qualité des soins. Cette forte spécialisation mal coordonnée conduit à une utilisation sous-optimale des capacités et compétences existant dans le système de soins. Ce manque d'harmonisation s'est cumulé avec le mouvement continu des progrès médicaux, qui ont changé la donne en matière de traitements, distordant un peu plus les écarts de comportements entre les uns et les autres.

Cette atomisation est préjudiciable à la qualité des réponses médicales apportées au patient et à sa pathologie. "Replacer le patient au cœur du système de santé" est un des slogans forts de cette remise au goût du jour des réseaux, dont témoigne leur inscription dans la loi du 4 mars 2002. Un besoin s'est donc fait jour pour une organisation moins cloisonnée et plus souple. L'initiative de l'essor actuel revient originellement plutôt aux professionnels de santé eux-même, médecins de ville ou praticiens hospitaliers. Insatisfaits des trajectoires de leurs patients ou de la rigidité des structures, ils ont, d'abord sans

⁷ Marianne BINST et François-Xavier SCHWEYER rappellent dans leur ouvrage *La santé otage de son système* (InterEditions, Paris, 1995) que le niveau de dépense consacré au système de santé ne garantit pas son efficacité, surtout quand il souffre de problèmes de régulation interne

⁸ HUARD (P.) et MOATTI (J.-P.), Introduction à la notion de réseau, *Gestions hospitalières*, Décembre 1995, pp.741-750.

reconnaissance institutionnelle et moyens ad hoc, ont développé des projets innovants surmontant certaines barrières structurelles.

Les planificateurs et les financeurs ont parallèlement identifié l'outil réseau comme un des moyens de rationalisation de l'offre de soins et de l'utilisation des crédits dévolus à la santé, et ont utilisé leurs ressources (autorisations, crédits fléchés..) pour soutenir ces projets ou inciter à en développer de nouveaux. Pour eux, des "gisements de productivité" existeraient dans le système de santé, qui permettraient de dégager des économies pour faire face aux défis du financement des dépenses à venir (vieillesse de la population, traitements coûteux...) ; ces gisements seraient constitués notamment par les dépenses superflues consécutives à la mauvaise orientation des patients et aux lacunes de son suivi, entraînant des redondances (examens, prescriptions...) et des réadmissions évitables dans les établissements de santé.

Cette attitude des financeurs est motivée par le fait que le contexte économique ne permet plus de laisser s'étendre le système de santé et augmenter les dépenses sans avoir une réflexion plus fine sur l'efficacité du système. Les réseaux, dans cette optique, semblent constituer une structuration plus contrôlable et évaluable ; ils ont vocation à regrouper tous les acteurs de santé et toutes les prestations, permettant un suivi longitudinal.

B) la riche polysémie des réseaux

Outre une mise en perspective historique, l'étude des réseaux de santé et de leurs effets ne peut se dispenser de la clarification d'une notion aussi floue que polysémique ; la compréhension de cette polysémie est même utile à l'analyse des différentes dimensions abstraites et concrètes des réseaux.

Le terme *réseau* vient du latin *retis*, désignant un filet ; ce vocable a été utilisé depuis les siècles précédents pour nommer des structures organisées selon un maillage rappelant celui des tissus. Désignant des formes matérielles puis immatérielles, il a été employé par de nombreuses disciplines (économie, sociologie, mathématiques...).

Trois définitions spécialisées peuvent être retenues pour leur pertinence dans le cadre de cette étude :

• la définition territoriale (utilisée notamment pour les transports et communications): le réseau est ici un "ensemble de lieux géographiques interconnectés dans un système par un certain nombre de liens".

La géographie et d'autres disciplines connexes ont développé tout un champ lexical désignant les différents éléments constitutifs des réseaux et utile à l'analyse:

- les nœuds, qui désignent les différents points actifs du réseau, les membres ou lieux de rencontre des membres.
- les liaisons ou arcs, qui relient ces points névralgiques et dont l'agencement définit la forme du réseau (en étoile, linéaire...) et la manière dont circulent les flux.
- les flux, objets circulant dans les réseaux, qu'ils sont matériels ou immatériels (produits, informations...)
- les modalités de fonctionnement, qui règlent la façon dont les flux circulent et dont est gérée la coordination du système.

• la définition sociologique : le réseau est désigné comme un ensemble de "liens entre individus", une "situation collective faite de connexions et d'acteurs". Ce sont les "réseaux sociaux", dont une branche actuelle de la sociologie analyse les fonctionnements. Cette définition est intéressante, car elle permet de saisir les liens entre acteurs individuels et subjectifs, au-delà des liens réels et institutionnels.

Cette définition oppose les réseaux (liens de travail ou supports d'autres activités) aux organisations traditionnelles assumant les mêmes fonctions, dans une logique de complémentarité ou de concurrence. Certains sociologues⁹ ont ainsi analysé la distinction entre les *réseaux* et les *appareils* ou *systèmes* : les réseaux sont des liens entre acteurs moins institutionnalisés et bornés que les organisations définies par des conventions telles que les bureaucraties, les entreprises... Les réseaux possèdent les caractéristiques inhérentes à l'imprécision de leurs contours:

- leurs acteurs ne sont pas limités théoriquement en nombre
- les rôles des différents partenaires ne sont pas définis avec la même rigueur que dans les organisations traditionnelles ; la spécialisation est moins accentuée en leur sein
- la hiérarchie est moins marquée, l'organisation est plus horizontale
- la coordination se fait par des règles qui ne sont généralement pas aussi codifiées et explicites que dans les *appareils*.

⁹ LEMIEUX (V.), *Réseaux et appareils*, Québec, Edisem, Paris, Maloine, 1982.

Ainsi que l'explique G.DUPUY¹⁰, "le réseau, contrairement au système n'est pas hiérarchique. Il *intervient dans l'organisation* d'un système hiérarchique. Le réseau ne régule pas ses frontières à l'environnement mais *participe à la régulation des frontières du système*".

• la définition économique (qui est un prolongement des précédentes) : le réseau est ici une des modalités de l'activité productive, distincte du marché et la hiérarchie, établissant des relations de coopération entre des unités de production autonomes. Cette coopération a une certaine stabilité, mais s'accompagne de flexibilité, de souplesse ; elle est régulée par des contrats et des normes sociales.

C) Caractères des réseaux de soins : des liens pluridimensionnels

Les réseaux de soins ne s'identifient purement ni aux réseaux territoriaux, ni aux réseaux sociaux. Distincts de ces derniers, ils sont des organisations de plus en plus encadrées dans leur définition officielle, même si celle-ci est encore lacunaire et s'ils ne disposent pas, par exemple, de la personnalité juridique - qui est l'apanage d'autres organisations, comme les établissements de santé. Mais ils sont sous-tendus à la fois par des organisations matérielles et territoriales et par les liens sociaux tissés avant même leur constitution par leurs membres.

Les réseaux territoriaux du champ de la santé sont le maillage des institutions de santé existant dans une zone donnée ; ils sont constitués des infrastructures dont les patients peuvent bénéficier dans cette zone, et qui ont une fixité matérielle souvent très concrète (équipements lourds, blocs, installations de lits et d'équipes médicales et chirurgicales en un lieu donné). Les réseaux sociaux, dans ce secteur, sont les liens personnels entre les professionnels, qui "croisent" les institutions, avec lesquelles ils interfèrent, tout en assumant leur logique propre ou en influant sur les missions et réalisations des organisations classiques.

Dans le champ de la médecine, les relations entre praticiens sont bien connues, qui influencent notamment l'orientation des patients dans le système. Les individualités ont ici une importance tout à fait primordiale. Or, c'est entre les organisations et les réseaux

¹⁰ DUPUY (G.), *Systèmes, réseaux et territoires. Principes de réseautique territoriale*, Paris, Presse nationale de l'Ecole des Ponts et Chaussées, 1985, 168 p.

d'individus que vont se greffer les réseaux de santé. En effet, ils utilisent les ressources (humaines et matérielles) des uns et des autres pour naître et fonctionner.

Les réseaux de santé, combinaison de moyens matériels et de relations humaines, sont également, conformément à la définition économique, des producteurs (de soins) ou, en tout cas, une modalité de travail contribuant à la production d'un service. Dans le monde de la santé, c'est bien sur une modalité différente du marché et la hiérarchie (au moins en théorie) qu'ils sont supposés se développer. La présente étude est l'occasion de mesurer la contribution de ces réseaux à cette activité productive assumée par les organisations sanitaires (dont les hôpitaux) tout autant que de cerner leur influence sur la structure de ces organisations.

D) l'hôpital, un réseau antérieur aux réseaux

Il est cependant important de remarquer que la forme réseau n'est pas complètement étrangère à l'hôpital qui peut lui-même être analysé en utilisant ce concept. Effectivement, comme certains auteurs le notent, les hôpitaux sont composés et parcourus par des réseaux sociaux internes, qui structurent l'établissement autant que les organigrammes. Il existe en effet des relations implicites, informelles, au-delà des liens identifiés et organisés par des procédures officielles, dans des organisations comme l'hôpital, notamment dans le monde médical et soignant.

Selon Michel NAIDITCH et Philippe OBERLIN¹¹, ces réseaux de professionnels "se sont construits à partir de l'appréciation réciproque des modes de pratiques et des compétences techniques, du jugement porté sur le mode de relations avec les malades et avec les autres soignants de l'hôpital et de l'extérieur. Des connivences personnelles peuvent également intervenir, liées à la personnalité, au passé professionnel commun, notamment au fait d'avoir été étudiants ensemble, voire à des rencontres extra-hospitalières dans des groupements professionnels, à des amitiés personnelles, à des intérêts communs extra-médicaux."

Ces réseaux professionnels sont basés sur "une reconnaissance mutuelle, non hiérarchique, égalitaire du point de vue de l'importance accordée dans le fonctionnement à chaque type d'acteur et favorisant des filières de coopération reproductibles". Il en résulte des pratiques de recours professionnel ciblé, d'adressage spécifique qui organisent la vie de l'établissement et les prises en charge internes aussi sûrement que les procédures écrites. Il

¹¹ NAIDITCH (M.) OBERLIN (P.), Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital, *Gestions hospitalières*, pp.739-746, décembre 1995.

n'est d'ailleurs pas contestable que ces systèmes puissent se prévaloir d'une certaine forme de rationalité, marquée par la personnalisation.

Cette gestion *intuitu personae* des relations serait d'ailleurs très caractéristique de l'hôpital, si l'on en croit les sociologues Alex MUCCHIELLI et Josette HART¹². A l'hôpital, les décideurs auraient une forte propension à privilégier les données psychologiques, à gérer leurs relations sur un mode affectif, qui "dirige[rait] toutes [leurs] décisions et actions de management". La cause de ces attitudes serait à rechercher dans la culture très spécifique des soins hospitaliers comprenant notamment une forte implication personnelle dans le travail et une absence de tradition de rationalisation de la gestion. Le cloisonnement rigide des unités, marquée par une véritable "balkanisation"¹³, surtout dans les grands établissements très spécialisés, et les lacunes en termes de liaisons transversales officielles seraient compensées par ces relations.

Au-delà de ces liens internes, les professionnels de l'hôpital entretiennent aussi des réseaux personnels et de travail avec les correspondants libéraux qui assurent la clientèle de l'établissement, d'autres professionnels des structures sanitaires et sociales, notamment de moyen et long séjour et, pour les médecins, des collègues des autres établissements partageant la même spécialité. Il peut également s'agir de réseaux personnels de nature associative, les associations spécialisées de malades, proches des services concernés, étant nombreuses à Besançon, comme dans de nombreux hôpitaux centraux. Ces réseaux ne sont pas toujours simples à appréhender pour les *outsiders*, tutelle ou monde administratif de l'hôpital, et l'officialisation des collaborations médicales incluse dans certaines démarches réseaux, comme celle qui existe en Franche-Comté, est un moyen de clarifier ces situations.

II) Les réseaux en Franche-Comté : une démarche globale

La mise en place de réseaux de santé, à l'instar des autorisations concernant les équipements hospitaliers par exemple, est, au moins dans l'idéal, très dépendante de la prise en compte des besoins de la population de la zone couverte et de ses caractéristiques. Par exemple, la mauvaise accessibilité au système de santé pour les usagers est souvent à l'origine des lacunes qui susciteront de tels projets de réforme du système. Les objectifs

¹² HART (J.) MUCCHIELLI (A.), *Soigner l'hôpital. Diagnostics de crise et traitements de choc*, Lamarre, 1994.

¹³ NAIDITCH et OBERLIN, *op.cit.*,p.743.

centraux des réseaux comprennent en effet la recherche d'une meilleure prise en charge des usagers ; or, celle-ci passe notamment par une prévention plus efficace et un meilleur suivi des patients, quel que soit leur environnement social et géographique. L'analyse du maillage territorial démographique et sanitaire de la région est à cet égard essentiel.

A) Santé et infrastructures de santé en Franche-Comté

La Franche-Comté est une petite région par sa population (1.1 million d'habitants), en légère croissance démographique, mais peu urbanisée¹⁴. Son territoire est cependant bien innervé pour des bourgs et de petites villes qui limitent son caractère rural ; en outre, on peut observer une bipolarisation démographique entre Besançon, la ville-capitale située au centre de la région et le pôle urbain Montbéliard-Belfort au Nord. Peu de déséquilibres territoriaux sont à signaler, sauf à souligner l'éloignement d'une partie de la population des grands centres urbains ("rural profond" de la Haute Saône ou du Jura) et par là même des équipements médicaux les plus avancés.

L'espérance de vie en Franche-Comté est à peu près identique à la moyenne nationale ; les grandes causes de mortalité évitables s'équilibrent en effet (moins d'alcoolisme mais plus d'accidents que dans la moyenne française). Les documents servant de base au SROS font cependant état d'un déficit de dépistage ou de prise en charge concernant certaines pathologies (cancers, insuffisance rénale), ce qui serait lié, selon les acteurs rencontrés, à l'inégale répartition des moyens médicaux sur le territoire régional.

L'offre de court séjour hospitalier est aussi sensiblement équivalente en nombre de lits par habitants à ce qu'elle est en moyenne en France, sauf en gynécologie, où le nombre de lits est supérieur à la moyenne nationale. Les lits et places en soins de suite et de réadaptation présentent un déficit par rapport aux besoins fixés au plan national. La région possède un équipement en appareils lourds conformes aux standards. Le secteur hospitalier privé est sous-représenté dans la région (19% de l'offre contre 37% sur l'ensemble du territoire), et cela dans la plupart des domaines, sauf pour certaines activités chirurgicales. Il est à noter que les établissements franc-comtois soumis au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) ont une valeur de point ISA nettement inférieure à la moyenne nationale, la Franche-Comté se classant parmi les régions les moins chères ou les moins dotées depuis l'instauration de ces calculs.

¹⁴ Les données utilisées dans ce développement sont issues du SROS de Franche-Comté arrêté en juillet 1999.

Les taux d'exercice des professionnels libéraux dans la région sont contrastés selon les catégories d'acteurs et les zones géographiques. Les habitants des grandes aires urbaines et de leurs environs ont accès à une offre médicale similaire à la moyenne nationale, tandis que les zones rurales accusent un manque de professionnels parfois très fort. Les médecins généralistes sont assez nombreux dans le Doubs, mais leur densité chute sensiblement dans le Jura et en Haute Saône. Les infirmières à domicile sont moins d'une soixantaine à exercer sur l'ensemble de la région, soit trois fois moins en proportion que dans les régions les mieux pourvues.

Au total, on constate que la région souffre d'une relative sous-dotation en infrastructures et en personnels médicaux, ce qui peut constituer un facteur explicatif des initiatives à l'origine des réseaux (besoin de mise en commun de moyens). Mais il faut également mentionner la part active prise par les organismes de planification de l'offre de soins en Franche-Comté

B) une offre de soins hospitaliers aménagée par le volontarisme de la tutelle

En quelques années, comprises entre l'installation de l'Agence régionale de l'hospitalisation et le remplacement actuel de l'équipe qui a présidé à ces débuts, le paysage hospitalier de la Franche-Comté a beaucoup évolué. En effet, pendant cette période a eu lieu un cycle assez complet de rapprochements, restructurations ou fusions, achevés ou en cours, les outils de planification de l'Agence ayant été activement utilisés. Pour en juger, il suffit de citer les actions menées, qui concernent tous les établissements franc-comtois.

Au Nord de la région, les centres hospitaliers de Montbéliard et de Belfort ont fusionné, ce qui a impliqué la spécialisation de leurs sites respectifs dans certains domaines médicaux. Il en va de même en Haute Saône depuis le début de l'année 2002 : les établissements de Vesoul, de Lure et de Luxeuil ont fait aussi l'objet d'une fusion, qui devrait conduire au rapatriement de toute l'activité de court séjour à Vesoul et le développement des activités de moyen et long séjour sur les autres sites. Le Jura est également concerné à un moindre degré, les établissements de Dole et de Lons-le-Saunier étant appelés à coopérer de manière plus étroite. Au Sud, les petits centres hospitaliers du Jura inaugureront prochainement des collaborations avec leurs homologues du Nord de Rhône-Alpes. A Pontarlier, l'hôpital public et la clinique sont également invités à partager leurs activités.

Le CHU de Besançon, quant à lui, a passé convention avec plusieurs établissements de moyen et long séjour, car il ne possède quasiment que des activités de court séjour, et développe un partenariat avec l'établissement de Gray, pour la chirurgie et les consultations gynécologiques, la maternité de Gray ayant été transformée en centre périnatal de proximité.

Le développement des réseaux est fortement lié au volontarisme (qu'il soit approuvé ou critiqué par les acteurs de soins) qui s'est exprimé à travers ces réorganisations de l'offre de soins. Ils ont en effet été conçus en Franche-Comté comme un autre "levier" pour l'aménagement de l'offre sanitaire. Tenant compte de la situation de sous-dotation financière de la région en matière hospitalière, l'ARH a souhaité mettre l'accent sur les réseaux comme nouvelle forme de prise en charge, afin de faire en sorte que les enveloppes (notamment issues du rééquilibrage budgétaire interrégional) soient utilisées le plus efficacement possible. Il s'agissait moins d'investir les moyens consacrés au rattrapage dans de nouvelles infrastructures de santé que dans une meilleure organisation générale de celles-ci. Dans cette optique, l'ARH a développé un argumentaire très structuré et un programme progressif en faveur des réseaux.

C) une véritable "politique de réseaux"

Pour les responsables de l'Agence, les réseaux de santé représentaient un outil particulièrement efficace¹⁵, puisqu'ils constituaient à la fois :

- une intéressante modalité de décloisonnement permettant l'avènement d'une dimension globale du soin. Il s'agit là conformément aux objectifs affichés dans le SROS, d'optimiser la trajectoire des patients pour rassembler toutes les composantes concourant à la santé entendue comme un bon état physique, psychologique et social (prévention primaire, dépistage, prévention secondaire, maintien à domicile, accompagnement social..).
- une possibilité de gagner en efficience dans la distribution des prestations sanitaires: il s'agissait "d'obtenir une meilleure qualité à coût égal ou, à tout le moins, la même qualité à moindre coût". Les responsables de l'Agence tablaient en particulier, grâce à l'optimisation attendue des trajectoires des patients, sur la diminution des hospitalisations ou de la durée des séjours hospitaliers et la "réduction des examens complémentaires redondants" et des "transferts inappropriés". Ces résultats seraient

¹⁵ GOGUEY (M.), GEFFROY (L.), Réseaux et agence régionale de l'hospitalisation. Expérience de deux années en Franche-Comté, *Revue médicale de l'Assurance Maladie*, Mars-Avril 1999, pp.75-80.

obtenus par la communication des données entre professionnels et la formation qui leur sera dispensée dans les dispositifs des réseaux

- un moyen d'améliorer la qualité des prestations. Dans le SROS, la recherche de la qualité est envisagée comme dans son versant interne aux établissements (démarche qualité sanctionnée par les visites de l'ANAES notamment), mais aussi dans l'organisation globale des prestations de santé distribuées aux patients. L'atteinte de l'objectif repose ici sur la pluridisciplinarité, le partage des normes, des valeurs et des données médicale, grâce à des outils de communication nouveau (télé-médecine) aussi bien que sur la formation continue.
- une possibilité pour valoriser davantage le travail des professionnels de santé en les intégrant à une action collective.

L'ARH a donc souhaité engager rapidement un véritable programme de développement des réseaux, mais elle ne l'a pas fait à partir d'une situation vierge de toute initiative antérieure dans ce domaine. En effet, avant 1996, utilisant le cadre textuel existant alors et sous l'impulsion de médecins hospitaliers ou libéraux, des réseaux SIDA, toxicomanie, hépatite C ou diabète avaient déjà vu le jour.

L'ARH a intégré ces expériences au nouveau dispositif, tout en suscitant ou soutenant le développement de nouveaux projets, parfois rendus obligatoires ou recommandés par la réglementation (mise en réseau des maternités ou circulaire sur l'organisation de la cancérologie). Dans un premier temps, l'Agence a souhaité cibler ses allocations budgétaires en direction d'une meilleure organisation des réseaux existants ou nouveaux dans leur versant hospitalier. Puis, en application du SROS, elle a développé la régionalisation des actions menées dans le cadre des réseaux. Elle a alors cherché à pérenniser les réseaux existants en les dotant chacun d'une convention constitutive et en leur donnant un agrément. Enfin, un dialogue a été ouvert avec les représentants de la médecine de ville pour connecter ces réseaux aux expériences ambulatoires.

Des conditions de fonctionnement identiques ont été choisies pour les différents réseaux. Chacun d'entre eux possède un coordinateur médical, qui est le plus souvent le promoteur initial du projet ; celui-ci a souvent négocié directement avec l'Agence le développement de son projet, dont il est le principal maître d'œuvre. De plus, un correspondant de l'Agence a été nommé pour chaque initiative ; cette personne, le plus souvent un médecin inspecteur dépendant des services de la DRASS, de l'URCAM ou de la

CRAM, suit l'évolution du réseau et ses résultats et constitue l'interface des réseaux avec l'autorité de tutelle. Enfin, un chef-projet, le conseiller médical de l'Agence, coordonne l'ensemble de ces actions et rassemble les évaluations.

Tous les réseaux sont aussi dotés d'une convention constitutive qui s'est inspirée d'une convention-type établie par l'Agence, comprenant les éléments définis par la circulaire DH/EO/97 n°92/277 du 9 avril 1997. Cette étape était essentielle au bon cadrage des projets, puisqu'elle a forcé les protagonistes à s'entendre sur

- les zones géographiques, les populations et les pathologies couvertes
- les objectifs communs des soins et la nature des prestations
- les procédures permettant de gérer le parcours du patient
- les obligations des membres
- les procédures d'évaluation.

Outre la mise en place de ce cadre juridique aux fondations communes, l'Agence pilote également les projets relatifs à la télé-médecine, qui intéresse plus particulièrement certains réseaux (procédures de visioconférence en neurologie et périnatalogie) et le volet informatique des réseaux, dont le fleuron, très ambitieux et novateur, est la construction d'une plate-forme régionale commune. Celle-ci est développée par un informaticien dédié, rémunéré par l'Agence. Elle consiste en un portail électronique où les professionnels adhérents des différents réseaux pourront échanger l'information médicale concernant le patient ou la vie du réseau, le grand public pouvant aussi se connecter aux informations non protégées (et peut-être à terme à ses données en ligne).

Cette démarche s'est concrétisée par la mise en place (ou la pérennisation) de plus d'une quinzaine de réseaux hospitaliers, cinq d'entre eux ayant un pendant ambulatoire développé par les professionnels libéraux. Ce mouvement a été assez rapide, traduisant l'engouement des professionnels hospitaliers pour la forme réseau et l'existence de projets préexistants mais non concrétisés. Ils couvrent un champ très large, assez lié aux grandes priorités de santé publique : sont concernées des maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire) et lourdes (cancérologie, hémophilie), des pathologies nécessitant des interventions en urgence (urgences neurologiques et cardiaques), l'organisation des soins palliatifs et la périnatalité. Aucun nouveau réseau n'est actuellement en préparation, la phase actuelle se présentant plutôt comme une étape de consolidation.

Aujourd'hui, l'Agence est amenée à se pencher plus étroitement sur l'évaluation des premiers résultats des réseaux, au-delà des bilans annuels qui lui sont transmis, afin de

connaître les premiers retours de l'investissement fait dans les réseaux. Elle envisage aussi de faire labelliser certaines de ces expériences avec l'aide d'un bureau de certification, afin de promouvoir la qualité en termes de fonctionnement et de résultats de cette nouvelle forme de prise en charge.

D) le CHU de Besançon et les réseaux de soins

1) présentation de l'établissement

L'hôpital de Besançon est, à l'image de la Franche-Comté, l'un des plus petits CHU de France. A l'instar de tous les hôpitaux universitaires, il est chargé de trois missions essentielles, définies par la "réforme Debré" de 1958 : la recherche, l'enseignement et le soin. S'agissant de cette dernière mission, la plus importante en termes d'activité et de budget, le CHU assume, comme ses homologues, une gamme de soins étendus, puisqu'il est, d'une part, producteur de soins de première intention et hôpital de proximité, accueillant la population de leur secteur sanitaire, et d'autre part, dispensateur de soins spécialisés consommateurs de très haute technologie (soins secondaires et tertiaires).

Doté d'une capacité de 1270 lits, l'hôpital de Besançon ne comporte pas de services de moyen ou long séjour, mais des conventions le lient aux établissements de soins de suite ou gériatriques. Premier établissement d'une petite région, il accueille la plupart des types d'équipements lourds autorisés (il vient notamment de faire l'acquisition d'un PET-SCAN). La plupart des services hautement spécialisés sont représentés à Besançon, mais l'établissement collabore régulièrement avec le CHU de Dijon pour certaines activités, dans une logique d'orientation inter-régionale des pathologies lourdes (greffes cardiaques à Dijon, rénales à Besançon). Il est possible de dire que Besançon constitue, si on se place dans une perspective d'organisation territoriale, la première infrastructure sanitaire de Franche-Comté, un noyau central et incontournable de l'activité de soins (même si la fusion de Belfort et de Montbéliard a porté le nombre de lits du nouvel ensemble à la même hauteur, dans une position cependant nettement plus excentrée).

2) les réseaux à Besançon : une priorité récente

Les premiers réseaux de santé apparus en Franche-Comté (avant 1996) ont souvent impliqué une participation active du CHU, et une grande partie des réseaux qui ont été créés depuis l'incluent également (à part les réseaux gériatriques, du fait de l'absence de long séjour proprement dit), en vertu du caractère régional de la plupart des réseaux. Cependant,

un tournant décisif a été pris au milieu des années 90 ; l'analyse des deux projets médicaux successifs est très éclairante quant à l'évolution des priorités en matière de coopération et de réseaux.

En 1994, ceux-ci n'avaient pas acquis leur statut actuel de forme de prise en charge fortement soutenue ; si les réseaux SIDA, toxicomanie ou hépatite C étaient mentionnés, le projet d'établissement ne leur accordait pas une place particulière. En revanche, en 1999, l'établissement prend en compte de façon effective la logique découlant des ordonnances de 1996, en affichant une volonté de renforcer sa vocation de recours et ses liens avec les autres acteurs du système de soins. Pour toutes les actions comprises dans le projet médical, le CHU met en avant ses collaborations externes (mais aussi internes, ce qui accrédite la validité du parallèle entre réseaux internes et externes). Sa place en tant que membre des réseaux est identifiée et valorisée.

En effet, l'établissement cerne déjà dans ce document son rôle spécial d'aide aux autres établissements et intègre une réflexion sur l'amélioration de la qualité des soins potentielle par la création de réseaux. En conclusion, les rédacteurs du projet médical souligne que celui-ci ne comporte pas "d'actions particulièrement spectaculaires" mais l'ébauche d'un "changement séculaire" dans les missions, les pratiques et les relations des acteurs sanitaires ; toutes les caractéristiques décrivant ce changement (structuration de la pluridisciplinarité, réforme des pratiques individuelles, collaboration avec des partenaires de statut différent, élargissement de la culture et des missions hospitalières) sont évidemment autant de traits représentatifs des réseaux.

Au moment de la rédaction de cette étude, le CHU est partie prenante d'une dizaine de réseaux, dont les conventions constitutives sont, dans la plupart des cas, en cours de validation. Ces prises en charge couvrent une partie non négligeable de ses spécialités médicales (même si leur vocation n'embrasse pas toujours le champ entier de la discipline), puisque sont représentés :

- la cancérologie (réseau à vocation large englobant toutes les stratégies thérapeutiques)
- la cardiologie
- la diabétologie
- l'hémophilie
- la néphrologie (réseau de traitement de l'insuffisance rénale chronique)
- la neurologie (réseau urgences neurologiques)

- la pneumologie (réseau insuffisance respiratoire)
- les soins palliatifs
- le traitement de l'hépatite C
- le SIDA et la toxicomanie.

Ces collaborations sont désormais officiellement au cœur de la politique médicale, mais leur développement, soumis à des règles largement externes (politique de la tutelle et liens professionnels antérieurs), soulève des interrogations quant aux conséquences en termes de stratégie et d'activité pour l'établissement, qu'une analyse pluridimensionnelle est à même d'éclairer.

DEUXIEME PARTIE

Analyse de l'impact des réseaux pour le CHU de Besançon

Le CHU de Besançon est au cœur de cette nouvelle structuration des coopérations externes opérée au cours des dernières années. Si les gestionnaires de l'hôpital voient régulièrement apparaître des questions de gestion liées à cet essor, l'analyse globale des effets des réseaux, rendue difficile par le type même de leur construction, reste encore à esquisser.

Les réseaux de santé en effet sont caractérisés, à la différence des organisations sanitaires classiques, par un développement de type émergent. A la différence d'un processus rationnel continu, leur création emprunte plutôt le chemin d'une mise en présence progressive et mal délimitée d'acteurs venant apporter leur contribution à une entreprise (qui suppose une adhésion réelle, surtout chez les acteurs les moins "institutionnalisés", comme les médecins libéraux). Bien que la reconnaissance et la promotion des réseaux ait reçu un cadre par la volonté des autorités de tutelle, ils restent encore quelque peu des expériences maîtrisées surtout par leurs membres et responsables, obéissant aux règles et normes avalisées par eux-mêmes, les non-membres (gestionnaires et financeurs) suivant les étapes franchies au fil du temps.

Cependant, il est probable que le système de santé français semble devoir recourir de plus en plus à ces formes de prise en charge transversales des patients, de nature à combler ses lacunes structurelles. Il s'agit donc pour les responsables des organisations sanitaires "classiques" traversées par ces nouvelles structures de tenter de maîtriser ces projets médicaux et leurs conséquences, ou au moins de mesurer celles-ci et de proposer des mesures d'accompagnement ad hoc.

Les chercheurs et institutions du monde sanitaire se penchent depuis quelques années sur des méthodes permettant de cerner les conséquences des réseaux. Plusieurs guides d'évaluation¹⁶ ont vu le jour, qui offrent un cadre très général, mais peuvent être adaptés pour l'étude des conséquences des réseaux pour les institutions sanitaires que sont les hôpitaux. Ces guides décomposent l'évaluation des réseaux en plusieurs questions :

¹⁶ CREDES et Groupe IMAGE-ENSP, *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*, Paris, CREDES, 2001, 73 p ; ANAES, *Evaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique*, Paris, Octobre 2001, 35 p.

atteinte des objectifs initiaux du réseau, impact sur l'organisation du travail, coût engendré par la pratique en réseau.

Pour un gestionnaire d'établissement de santé, la transposition de ces questions aboutiraient plutôt à des interrogations centrées sur l'apport des réseaux à la valeur des activités de l'établissement : les réseaux modifient-ils l'organisation, la façon de travailler dans l'hôpital ? Changent-ils la position de l'hôpital dans le paysage sanitaire et ses relations avec les autres acteurs de santé ? Engendrent-ils des coûts nouveaux et une utilisation différente des ressources de l'établissement ? Quels sont les investissements nécessaires pour ces projets et quels seront les "retours" envisageables, médicalement et sur le plan économique ?

Ces questions mettent en évidence les incertitudes concernant les aspects stratégiques, organisationnels et financiers des réseaux pour le CHU de Besançon, qui seront successivement abordés dans l'analyse qui suit.

I) Les aspects stratégiques : « centralité » et ouverture

A) la fonction de "tête de réseau"

Le CHU de Besançon peut être qualifié de "tête de réseau" pour une grande partie, voire la quasi-totalité des réseaux dont il est partie prenante. Cette dénomination, retenue aussi bien par la littérature¹⁷ que par les acteurs de terrain, pourrait être définie comme la qualification de la structure qui joue le rôle prépondérant dans le réseau, c'est à dire ayant une part de responsabilités ou une influence déterminante dans l'organisation même de la prise en charge.

1) Une place centrale au sein des filières de soins

Cette position n'est bien sûr pas spécifique à Besançon, mais tient à la place des CHU en France. Les centres hospitaliers universitaires jouent dans l'organisation du système de soins français un rôle particulier. Créés en 1958, ils sont les principaux dispensateurs de soins de haute technicité (soins tertiaires) et représentent à eux seuls une forte proportion

¹⁷ FRANCHISTEGUY (I.), L'Hôpital-réseau : comment l'Hôpital sort de ses murs, *Actes du 14^{ème} Congrès d'études basques*, 1998, pp.153-155.

des budgets hospitaliers totaux¹⁸, justifiée en partie par leurs missions d'enseignement et de recherche. En France, ces budgets représentent 25% de l'ensemble des budgets, soit nettement plus que la moyenne dans les pays développés. Le système de soins français ajoute donc à l'hospitalo-centrisme une certaine concentration des activités hospitalières, qui a tendance à s'accroître avec la disparition, la reconversion ou la fusion de certains hôpitaux locaux ou petits centres. Comme indiqué plus haut, les CHU en tant que producteurs de soins les plus spécialisés sont les établissements les plus valorisés par le système, du moins par la place centrale qui leur est accordée.

Les réseaux de santé à forte coloration inter-hospitalière prolongent et accentuent cette tendance. Consommateurs de haute technicité, ils sont souvent organisés selon des modalités de graduation entre des niveaux de soins. On peut ici donner l'exemple de l'organisation de la cancérologie, définie dans la circulaire DGS/DH/N°98/213 du 24 mars 1998. Les sites cancérologiques sont classés en trois niveaux :

- les sites de référence en cancérologie
- les sites orientés vers la cancérologie
- les établissements de proximité.

Des annexes à cette circulaire définissent les moyens dont doivent disposer les hôpitaux pour pouvoir être reconnus comme établissements de référence ou site orienté, ces critères touchant les personnels et leurs qualifications (pédiatres, oncologues, chirurgiens, infirmiers et psychologues formés spécifiquement...), ainsi que le plateau technique indispensable (moyens de réanimation, centre de radiothérapie, scanner, IRM, unités de recherche...). On se trouve ici dans un environnement que certains auteurs qualifient d'"univers de masse critique"¹⁹; en effet, il s'agit, pour pouvoir exercer une activité donnée, de réunir des éléments rares et chers, humains ou matériels. Le degré de formalisation des procédures à mettre en œuvre dans le dépistage et le traitement des patients contribue à renforcer cette tendance.

Seuls les établissements possédant une certaine capacité financière et la possibilité de retenir les compétences professionnelles requises peuvent y prétendre. En pratique, en cancérologie, seuls les CHU ou les Centres de lutte contre le cancer peuvent exercer les missions dévolues aux sites les plus spécialisés. Les structures de référence et orientées,

¹⁸ JOLLY (D.), PUZIN (D.), *La juste place des hôpitaux universitaires dans les systèmes de santé*, Paris, Flammarion, 1996, 102 p.

¹⁹ CREMADEZ (M.), *Le management stratégique hospitalier*, InterEditions, Paris, 1997.

comme leur nom le suggère, reçoivent les patients présentant des symptômes aigus, mais la haute technicité est réservée au dernier niveau. Les établissements de proximité ne peuvent, eux, participer à cette prise en charge qu'en collaboration avec une structure de référence ou orientée, et cela obligatoirement "dans le cadre d'un réseau formalisé".

Les réseaux de soins prévus par ce texte placent les grands établissements dotés d'unités de recherche au cœur des filières de soins et de l'organisation générale. En effet, leur rôle de recours est souligné, dans le traitement des patients comme pour le soutien aux petits établissements voulant posséder ou conserver une activité en cancérologie. Dans cette optique, les CHU sont considérés comme les lieux où les professionnels possèdent les connaissances et qualifications adéquates et à jour (en raison de leur proximité avec l'enseignement et la recherche), et qui peuvent servir de modèle et de source pour les autres établissements. Les filières de soins sont aussi organisées autour des épisodes les plus aigus susceptibles de survenir, donc autour de la prise en charge potentielle par le CHU, ce qui en fait le nœud principal du maillage sanitaire, possédant les équipements structurants.

En Franche-Comté, il n'existe pas de Centre spécialisé en cancérologie, ce qui donne au CHU le "monopole" du niveau supérieur. La convention créant le réseau de cancérologie franc-comtois reprend cette organisation, en l'élargissant à des partenaires associés (établissements d'hébergement pouvant abriter des personnes présentant des pathologies cancéreuses, associations...). Cette organisation a pour but et conséquence de remettre en cohérence la gravité des pathologies et les moyens des établissements où ils sont traités. Certains acteurs de terrain soulignent le caractère insatisfaisant de la situation antérieure à la création du réseau, où des centres hospitaliers organisaient de façon empirique leur activité de cancérologie, les compétences des praticiens n'étant pas toujours en rapport avec les cas traités. Une certaine réorganisation, réalisée ici grâce à l'aide et aux connaissances des spécialistes, notamment des praticiens du CHU, était donc souhaitable.

Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer à l'organisation de la prise en charge périnatale en France, les maternités étant également réparties en trois niveaux de spécialisation croissante, conformément à un texte ministériel. Mais cette organisation graduée est parfois aussi le fruit des recommandations des sociétés savantes de certaines spécialités médicales. C'est le cas en matière de cardiologie, la Société française de cardiologie ayant formulé des recommandations d'organisation identiques aux disciplines déjà évoquées (trois niveaux, chargés d'actes de plus en plus techniques).

Il est cependant à noter que certains réseaux principalement hospitaliers ou les réseaux ville-hôpital en développement ne présentent pas les mêmes caractéristiques. Moins dépendants de plateaux techniques complexes, ils ne sont pas gradués, de façon formelle à tout le moins. Dans ce cas, les autres établissements possèdent les ressources médicales adaptées mais le CHU joue un rôle particulier à cause de ses équipements spécifiques (imagerie complexe pour les bilans indispensables au suivi, présence d'unités spécifiques de recours ultime, comme en soins palliatifs...).

2) la concentration des coordinations médicales

Cette position de "tête de réseau" est renforcée par d'autres éléments, qui conduisent à une forte implication de l'établissement au sein des réseaux. Par un phénomène cumulatif en quelque sorte, l'établissement n'est pas seulement placé au cœur des filières suivies par les patients, ses praticiens assurent aussi l'essentiel des coordinations médicales des réseaux. Cela est assez naturel dans les réseaux pour lesquels les transferts au CHU, notamment en urgence (cardiologie, neurologie), encore qu'une coordination médicale générale eût pu doubler la coordination opérationnelle ; mais c'est aussi le cas de réseaux où la coordination médicale ne revêt pas ce caractère très centripète. Or, seul le réseau de diabétologie possède un coordinateur extérieur au CHU, un praticien de Dole, fondateur du réseau - ce qui prouve qu'une telle configuration est tout à fait praticable.

Il faut souligner alors que d'autres facteurs expliquent cet état de fait. Les médecins à l'initiative des réseaux sont souvent des praticiens du CHU. Il s'agit notamment de chefs de service faisant autorité dans leur spécialité, ayant tissé des liens personnels forts avec les médecins qu'ils ont formés au CHU et qui ont trouvé un poste dans les autres hôpitaux de la région; un des acteurs a qualifié ce type de liens d'"école" professionnelle, les praticiens des centres hospitaliers restant toujours au moins symboliquement (mais aussi scientifiquement) les élèves de ces "patrons". Ces derniers prennent logiquement la tête des réseaux, au moins nominale, même s'ils délèguent la charge matérielle de la coordination à un autre médecin du CHU.

D'une façon générale, les chefs de service concernés possèdent un rayonnement qui leur permet d'assumer la charge de la coordination médicale sans risquer de fortes contestations. Ils sont un peu le trait d'union entre les travaux menés sur le plan national et international (certains coordinateurs publient dans des revues anglo-saxonnes et participent aux grands congrès de leur discipline) et le niveau intra-régional, moins irrigué par ces connaissances de pointe. Cependant, une forte personnalité peut aussi être un handicap, car

elle est de nature à provoquer des rejets de la part des autres participants, les réseaux reposant avant tout sur une libre acceptation des principes de fonctionnement par tous.

Néanmoins, tous les coordinateurs médicaux ne présentent pas ce profil, on rencontre aussi parmi eux des personnes moins haut placées dans la hiérarchie médicale, mais porteuses d'un projet ou d'une vision dans leur discipline. Le coordinateur des réseaux doit surtout posséder les ressources nécessaires pour organiser les activités spécifiques du réseau, à savoir notamment la formation et la diffusion des recommandations médicales. Or, ces ressources (professionnels aptes à la formation, accès aux informations scientifiques à jour...) se trouvent majoritairement au CHU, plutôt que dans les autres centres hospitaliers.

Le fait d'abriter la coordination médicale n'est pas sans enjeu pour l'établissement, car le coordinateur médical est véritablement la personne qui, de facto, organise l'existence du réseau, aussi bien en termes de développement de projet que sur le plan du fonctionnement quotidien. Il est l'organe exécutif du réseau, l'organe décisionnel supérieur étant dans la plupart des cas un comité de coordination, composé des représentants médicaux et administratifs des établissements concernés. Ce comité, défini par les conventions constitutives des réseaux, possède en principe des attributions consistant notamment à décider des grandes orientations du réseau et à nommer et contrôler le coordinateur.

Cependant, en pratique, celui-ci, porteur fondamental et originel du projet, possède une légitimité suffisante pour le faire évoluer. Il est l'interlocuteur privilégié des autorités de tutelle (par le biais des correspondants spécifiques de l'ARH notamment), avec lesquelles ont souvent été nouées des relations dès la création du projet. Il propose aussi à ses partenaires le contenu des activités du réseau (formation, protocoles) et veille au développement des outils nécessaires au fonctionnement des prises en charge, comme les outils de communication. Il est enfin le destinataire des informations servant de base aux bilans et évaluations du réseau.

L'établissement siège de la coordination bénéficie de facto d'une bonne information sur le déroulement des actions au sein du réseau et ses résultats et a la possibilité de suivre en interne le développement des moyens consacrés au réseau, notamment les éléments des plates-formes d'échange informatique. Ces informations sont d'une toute particulière importance pour la programmation de l'évolution des activités médicales au CHU. En contrepartie, celui-ci assume diverses charges et missions d'intérêt commun au nom de cette coordination (tâches administratives et logistiques).

Cependant, les réseaux n'entérinent pas seulement des positions déjà établies, ils contribuent également à créer des opportunités de modifier les modalités des partenariats de l'établissement.

B) Vers une gestion active des activités et des relations du CHU dans le paysage sanitaire régional

1) *une logique d'ouverture sur l'environnement sanitaire et social*

La dynamique des réseaux de santé apparaît de nature à ouvrir davantage la réflexion sur la place de l'établissement dans son environnement et les collaborations avec les autres acteurs sanitaires.

a) des perspectives d'évolution figées...

Les établissements publics de santé ont connu durant les dernières décennies une logique de gestion très auto-centrée. Deux séries d'explications structurelles peuvent éclairer cette attitude. D'une part, les contraintes budgétaires liées aux pressions sur les comptes de la Sécurité sociale et l'adoption du budget global ont poussé les acteurs des établissements de santé à considérer l'environnement comme un élément de forte contrainte qui les forçait à se partager les ressources disponibles. En d'autres termes, la fin de l'expansion hospitalière des années 60 et suivantes, perçue comme brutale, a fait changer les espérances des professionnels en cantonnant les débats à la gestion interne.

Cette attitude est très perceptible dans les discours, teintés de nostalgie ou d'amertume, émanant de personnels du CHU ayant fait une grande partie de leur carrière dans l'établissement. Le concept d'"âge d'or" perdu est omniprésent dans ces propos, et un certain sentiment d'abandon transparaît. La contrainte est, nolens volens, relayée par les équipes de direction, qui doivent inciter les professionnels de l'hôpital à ne pas trop peser sur les budgets et alimentent ainsi la vision d'un environnement non maîtrisable.

D'autre part, les établissements de santé sont encore marqués par une gestion au caractère très administratif, renforcée par certains liens avec la tutelle et les textes qui en corsètent les modalités (fonction publique, marchés publics...), et surtout par la division traditionnelle entre monde médical et administration. Les hôpitaux sont caractérisés par une forte composante opérationnelle, constituée par des services de soins assez émiettés, et

une certaine faiblesse des fonctions de gestion, mal relayées sur le terrain, notamment dans les grosses structures.

L'organisation hospitalière dans les grands établissements, dont les hôpitaux universitaires, apparaît assez segmentée, fractionnée, d'une intégration très relative. Elle repose sur des sous-ensembles largement juxtaposés, qui connaissent chacun une logique de fonctionnement propre, appliquant leur corpus professionnel de techniques et de valeurs. A Besançon, les difficultés de regroupement des services de soins en entités supérieures et de diffusion de certaines informations illustrent la persistance du fractionnement. Dans ce schéma, ce n'est pas tant l'organisation toute entière qui interagit avec l'environnement, mais chaque sous-ensemble (direction, différents services de soins) qui interagit avec son environnement de référence²⁰ :

- les tutelles et les organisations socio-professionnelles des personnels de direction et des établissements de santé, pour la direction
- le milieu professionnel et social de la discipline concernée, pour les différents services de soins (à savoir les confrères extérieurs à l'établissement, ainsi que, par exemple, les associations de malades liées à une discipline).

b) ...aux projets collectifs offensifs

Les réseaux permettent d'une certaine façon de rendre une certaine unité d'action et de mobilisation de l'établissement face à son environnement; en effet, les procédures retenues par les conventions constitutives associent les médecins et les administratifs dans le pilotage des réseaux et donc dans les grandes décisions relatives au fonctionnement et aux ressources de ceux-ci. L'institutionnalisation des réseaux constitue ici une garantie que ceux-ci ne produisent pas dans les prises en charge plus d'obstacles, par les relations personnelles privilégiées qu'ils comportent, qu'ils ne contribuent à en lever. En effet, même si les réseaux sont originellement des structures perméables, cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne produisent pas d'exclusion, la collaboration se faisant sur la base d'une reconnaissance professionnelle mutuelle. Ainsi qu'évoqué précédemment, les réseaux par discipline originels sont parfois des "écoles" médicales, dont les membres collaborent pour peu que des scissions n'interviennent pas, notamment entre le centre (CHU en tant que lieu d'enseignement) et la périphérie. Le cheminement des réseaux franc-comtois montre que

²⁰ CREMADEZ (M.) GRATEAU (F.), *Le management stratégique hospitalier*, Paris, InterEditions, 1997.

plus la formalisation avance, plus les partenaires éloignés initialement des promoteurs sont touchés.

Les réseaux agrègent également à cet ensemble les contributions, auparavant présentes mais moins identifiables, des organisations sociales gravitant autour des établissements, comme les associations de malades. De nombreux réseaux ont prévu, dans leurs textes fondateurs mêmes, la présence de ces associations, et, bien évidemment, certains d'entre eux sont l'émanation des initiatives d'associations. C'est le cas en Franche-Comté pour le réseau diabète, né de l'action de l'Association Rediab-Jura, et pour le réseau de lutte contre l'insuffisance rénale chronique, créé et animé par l'association Osmose. L'institutionnalisation, si elle n'est pas toujours simple, permet au moins de clarifier pour tous les relations entretenues par les composantes de l'établissement avec ces partenaires. La "dépersonnalisation" des relations donne d'une certaine manière aux gestionnaires de l'établissement la possibilité de nouer des contacts plus directs avec ces "satellites" de l'hôpital.

De plus, ces nouvelles structures donnent l'opportunité aux établissements de passer d'une attitude réactive face à l'environnement sanitaire, marquée par une gestion "défensive", orientée vers des projets à courte vue, à une gestion proactive, caractérisée par une meilleure connaissance des évolutions sanitaires et sociales et des projets des partenaires de l'hôpital. En effet, les réseaux instaurent des lieux d'échange stables, dans des disciplines stratégiques pour les établissements, et regroupant des professionnels aux cursus et aux connaissances très divers. Ils créent ainsi un espace pour l'ébauche d'un examen collectif des ressources et des financements en matière de santé, alimenté par le développement de l'évaluation médico-économique dans les réseaux.

Ce changement d'état d'esprit peut se doubler en outre d'un examen actif et différencié des activités assurées par l'hôpital.

2) une régulation du "portefeuille d'activités" de l'établissement

L'institutionnalisation des réseaux peut aussi se révéler un bon moyen pour les établissements de santé de contrôler la gamme de leurs activités et l'intérêt relatif de ces prises en charge pour l'institution.

a) la segmentation stratégique des activités de soins

L'activité de soin, premier rôle de l'établissement, est décomposable en segments correspondant à des ensembles homogènes de prestations de soins, déterminés par des regroupements de pathologies et de traitements, utilisant un même ensemble de ressources des établissements (certains modèles récents évoquent des « lignes de produits »)²¹. Tous ces segments, considérés dans l'environnement sanitaire de l'établissement, forment le "portefeuille d'activités" de l'établissement, pierre angulaire des analyses stratégiques. Les différents segments possèdent une inégale valeur pour l'établissement, et cette valeur est fonction notamment des règles régissant l'activité dans l'environnement. Les auteurs spécialistes de stratégies d'entreprise parlent de différents "univers" pour qualifier ces ensembles de règles :

- les "univers de masse critique" correspondent aux domaines d'activité où il est nécessaire de réunir des équipements et des compétences rares et/ou coûteux. Il faut ici posséder un volume d'activité important pour justifier les investissements et maintenir les compétences au niveau requis. Il existe une prime aux organisations développant une technique en premier, mais le risque est que celle-ci devienne obsolète et que les investissements faits ne soient pas récompensés.
- les "univers de différenciation" sont caractérisés, quant à eux, par une moindre sophistication technologique mais correspondent à des activités à durée de séjour élevées; les établissements, pour conserver de telles activités, doivent se distinguer par la qualité ou la richesse du service proposé.
- Les "univers de fragmentation", enfin, sont marqués par des faibles durées de séjour et une faible technologie; la concentration peut être ici un handicap et les grosses structures n'ont rien à gagner à s'y investir en principe.

b) gestion des activités complexes

Ces concepts sont tout à fait opérationnels pour l'analyse de l'enjeu des réseaux pour les établissements de santé. En effet, les "univers de masse critique" peuvent être illustrés par les grandes activités spécialisées, correspondant aux niveaux supérieurs des réseaux gradués et assumées par les CHU (ex: cardiologie interventionnelle lourde, traitement de l'hémophilie).

²¹ CREMADEZ et GRATEAU, op.cit.

Il est important de rappeler que le CHU de Besançon est l'un des plus petits hôpitaux universitaires de France ; à l'intérieur même de la région, il subit la concurrence du nouvel ensemble Belfort-Montbéliard, qui possède davantage de lits que le CHU. Le rapprochement Bourgogne-Franche-Comté, dans les discours et les politiques sanitaires, est aussi un fait indiscutable, les ARH et les CHU (Dijon et Besançon, assez proches géographiquement), collaborant déjà de manière régulière (pour les greffes, par exemple).

Le CHU et la communauté professionnelle qui est liée à lui (dont l'Université) ont un intérêt à maintenir dans l'établissement des activités de pointe, afin de préserver toutes les prérogatives et ressources d'un centre universitaire actif. Il est aussi de l'intérêt des patients franc-comtois de conserver un pôle spécialisé fort dans leur région. Or, une certaine tendance à la concentration des activités technologiquement avancées est souhaitée par les pouvoirs publics, afin d'optimiser l'utilisation des équipements ou d'en limiter le nombre.

Les réseaux peuvent ici apparaître comme un moyen de renforcer le regroupement de tous les patients graves ou très spécifiques au CHU, dans les disciplines concernées, et de conserver les autorisations pour les activités en cause. Il est à noter que les régions limitrophes, comme la Lorraine, la Bourgogne ou Rhône-Alpes, ont aussi engagé des dynamiques réseaux assez structurées, ce qui est de nature à favoriser les fuites en cas de non-réaction de la Franche-Comté. Dans de tels "univers", il serait même recommandé pour l'établissement de mettre en avant la formalisation des filières de soins existantes et de promouvoir leur transformation en réseau dans chaque discipline stratégique.

c) régulation des activités de moindre technologie

Les "univers de fragmentation" ou "de différenciation" correspondent à l'inverse à des actes simples, dont l'accomplissement au CHU ne peut vraiment apporter une qualité supérieure aux patients (par rapport aux centres hospitaliers), comme par exemple les traitements des accidents vasculaires cérébraux les moins graves ; en revanche, faire déplacer pour de tels actes le patient au CHU si ce n'est pas son secteur sanitaire normal, relève de la non-qualité, car une telle procédure encombre des lits d'unités très pointues et ne sert pas le malade, voire le dessert (même si un certain effet psychologique, lié au sentiment de bénéficier des compétences les meilleures, peut jouer). Or, les lits constituent réellement une ressource rare, surtout dans un établissement spécialisé, au même titre que le temps médical ou infirmier, dans le contexte de la réduction du temps de travail.

Le CHU a donc ici intérêt à faire respecter le principe de subsidiarité dans l'utilisation des niveaux, attitude que les tutelles encouragent d'ailleurs, dans un esprit de bonne répartition des tâches. La spécialisation à outrance, redoutée par certains acteurs, n'est de toute façon pas envisageable, puisque le CHU occupe de fait tous les niveaux de soins en même temps (primaire, secondaire et tertiaire).

Les réseaux peuvent aussi, dans le cadre de ces "univers" moins technologiques, permettre de développer des formes de prise en charge plus légères avec l'aide des partenaires ambulatoires notamment. Ces initiatives pourraient tendre à limiter encore les durées de séjour, voire promouvoir des formes de prise en charge innovantes, comme l'hospitalisation à domicile. On peut penser par exemple à l'insuffisance rénale chronique, discipline pour laquelle les alternatives à la prise en charge en centre sont actuellement encouragées par les pouvoirs publics. Le CHU se "différencierait" ici par la qualité des prestations offertes au patient.

Pour toutes ces stratégies médicales d'établissement, il ne s'agit naturellement pas de promouvoir des attitudes unilatérales et non coopératives privilégiant l'établissement face à ses partenaires, mais plutôt des logiques gagnant/gagnant, où chacun trouve son intérêt.

3) une possible stratégie de partage d'avantages

Le réseau est, conformément à sa définition économique, tout à fait distinct du marché et de la hiérarchie. A rebours d'une stratégie concurrentielle mais aussi d'une primauté des gros établissements sur les petits ou des centres hospitaliers sur la médecine de ville, il est une opportunité rare de négociation multilatérale sur un (relatif) pied d'égalité.

Entre établissements publics, la coopération peut sembler naturelle dans un environnement commun qui n'est pas gouverné par les règles marchandes. Il est notoire cependant que les établissements établissent des stratégies antagonistes, ne serait ce qu'en raison du contexte de ressources rares ou pour défendre leur communauté professionnelle. Entre acteurs publics et privés, la concurrence est bien plus affichée. A Besançon, par exemple, l'installation d'équipements lourds est actuellement une source de projets diamétralement opposés entre les deux secteurs. Les relations hôpital/secteur ambulatoire sont, elles, teintées de méfiance, les praticiens de ville craignant par exemple des captations de clientèle et se définissant professionnellement souvent par opposition à l'hôpital.

A cet égard, les réseaux possèdent un véritable potentiel de rapprochement des logiques et peuvent déboucher sur des gains pour l'ensemble des protagonistes. En effet, dans un système complexe non coordonné, comme l'enseigne la théorie des jeux²², chaque acteur isolé est porté à suivre la voie qui lui semble la plus profitable individuellement, alors que la combinaison des décisions de ces acteurs peut conduire à des résultats moins favorables que s'ils s'étaient entendus. Ce principe trouve de bonnes illustrations en matière de santé. Le développement harmonieux des activités médicales d'un acteur est en effet très dépendant de l'environnement. Pour qu'un établissement puisse développer certaines activités de soins lourdes (chirurgie cardiaque, rénale...), il est nécessaire qu'il puisse s'appuyer sur des partenaires possédant des compétences complémentaires de rééducation, de soins de suite...A l'inverse, ce développement d'activités se traduira par des échecs ou des gaspillages si un autre établissement fait de même durant la période considérée. La complémentarité des projets doit donc être recherchée, mais les processus de décision des acteurs ou institutions nuisent à cet objectif.

Il existe dans le secteur de la santé des paradoxes à cette potentielle absence d'entente, comme le développement de la planification, menée par les autorités de tutelle, qui permet de régler selon une logique verticale descendante ces problèmes de distorsions ou de doublons ; le rassemblement des compétences en la matière dans une seule main est une avancée, qui peut se prolonger en cas de création des agences régionales de santé. Cependant, les instruments très globaux et formatés dont disposent la tutelle ne peuvent prendre en compte les réalités implicites des réseaux de relations professionnelles. Il est donc plus parfois cohérent que les planificateurs soient seulement les aiguillons des recompositions médicales, laissant aux acteurs la rédaction des projets ; c'est le parti pris par l'ARH de Franche-Comté, qui s'est assignée un rôle de supervision.

Cette responsabilité plus grande laissée au terrain s'accompagne du risque que les partenaires concernés par le projet ne se sentent pas avantagés au même titre par le projet et que certains le fassent échouer activement ou passivement (en ne venant pas aux réunions, aux formations, en appliquant les consignes de manière aléatoire...). Dans le cadre du développement des réseaux, le CHU occupe une place centrale qui peut donner à ses partenaires le sentiment que lui seul tirera profit de l'opération, d'autant plus que le contexte financier favorise des analyses malthusiennes (focalisation sur le partage des ressources limitées ou de l'activité).

²² CAHUC (P.), *La nouvelle microéconomie*, collection Repères, La Découverte, Paris, 1998, 121 p.

En ce qui concerne les autres établissements publics de santé, les actions mises en œuvre en Franche-Comté semblent cependant démontrer un équilibre propre à rassurer les différentes institutions. Car, si le CHU est renforcé dans ses missions essentielles, les autres établissements de santé, loin de se voir ôter des compétences, gagnent sur trois plans :

- ils sont renforcés dans les actes qu'ils pratiquent le mieux et non plus dépossédés par des différences indues de réputation (peu d'études médicales prouvent la supériorité des établissements universitaires sur les autres pour les actes courants)
- ils sont épaulés pour les actes pour lesquels les compétences requises leur font défaut, notamment par le biais de la télé-médecine (ce qui n'est pas négligeable dans un contexte de judiciarisation des erreurs médicales)
- ils bénéficient d'un véritable transfert de compétences dans certains domaines où les spécialités sont moins bien délimitées qu'au CHU (cancérologie, neurologie), ainsi que d'un cadre d'organisation stabilisé (système de référents médicaux).

En Franche-Comté, l'adhésion sans réserve des centres hospitaliers périphériques à la plupart des réseaux va dans le sens d'une confirmation de cet équilibre. Certains coordonnateurs médicaux font cependant état d'un sous-investissement de certaines équipes des centres hospitaliers dans les réseaux, qui se traduit par une faible assiduité aux réunions ou une passivité dans la production des référentiels communs. Cette situation peut être imputée en partie au fait que ces équipes ne sont pas elles-mêmes porteuses du projet, dont le moteur reste majoritairement, à leurs yeux, le CHU. Or, dans les réseaux, plus le nombre d'unités réellement actives est important, plus la possibilité d'un véritable échange se fait jour. Les coordonnateurs médicaux l'ont compris et parlent unanimement de production commune des procédures et d'apprentissage de chacun au contact de ses partenaires.

En revanche, il faut souligner que les réseaux hospitaliers et les initiatives des médecins de ville ne sont pas marqués par la même convergence de vues. Certains réseaux inter-établissements possèdent leur contrepartie ambulatoire, mais la connexion entre eux est rien moins qu'établie. D'autres tentent de faire adhérer des médecins spécialistes et généralistes, mais la "montée en charge" s'avère difficile. Cette collaboration potentielle bute sur deux types d'obstacles que sont les freins matériels et culturels. Les réseaux sont en effet majoritairement partis d'initiatives hospitalières qui n'ont pas toujours pris en compte les contraintes spécifiques qui résulteraient de la participation des professionnels non hospitaliers.

Exerçant souvent seuls, ceux-ci ont le sentiment de faire face à des exigences croissantes de la collectivité s'agissant de leur pratique, sans qu'il leur soit apporté des contreparties ou des aides correspondantes²³. L'acquisition et l'utilisation de matériel informatique dans les cabinets médicaux ont, par exemple, représenté un effort que les professionnels estiment mal compensé ; or, les réseaux induisent justement un renforcement de la manipulation de ces matériels et un allongement du temps passé à effectuer des communications, au détriment du temps consacré au patient et du nombre de consultations. Ces pertes sont de nature à annuler les avantages des réseaux que les professionnels de ville perçoivent parfaitement (remise à niveau de connaissances, amélioration des communications médicales pour les données des patients suivis...). Si on ne peut nier cependant un certain souci de leur faciliter la tâche chez certains responsables des réseaux (choix d'une interface informatique unique et uniforme, accessible à faible débit), beaucoup de questions posées par ces acteurs restent sensibles (responsabilité des praticiens, durée et utilité des formations proposées...).

La convergence ville-hôpital est en outre compliquée par le vrai clivage culturel médecine générale/médecine spécialisée. On constate que les spécialistes de ville adhèrent et s'intègrent nettement plus rapidement que leurs confrères généralistes. Les relations des premiers avec les médecins hospitaliers, beaucoup plus proches, sont un des éléments d'explication – les spécialistes de ville sont des "élèves" des hospitaliers et exercent parfois à l'hôpital, pour des consultations. Les généralistes, à l'inverse, considèrent parfois les réseaux comme un vecteur du renforcement de l'hégémonie d'une médecine technicienne, à l'image des procédures communes de soin, qu'ils voient comme un carcan. Cela explique en partie la persistance de la "concurrence" des projets initiés par les médecins de ville, qui souhaitent défendre une autre conception de la médecine qu'ils définissent comme "plus humaine", moins soumise aux processus technologiques. Mais cette vision n'est pas antagoniste avec les projets des réseaux, dans la mesure où ceux-ci affichent leur volonté de davantage tenir compte du patient en tant que personne.

La coopération avec les autres acteurs de santé est donc largement à l'ordre du jour, et, même si les obstacles ne sont pas tous levés, on constate un progrès de la communication entre les parties les plus éloignées du système, cette rencontre étant une des marques des réseaux.

²³ ROBELET (M.), Médecins généralistes : les voies étroites du réenchantement professionnel, *Regard sur l'actualité*, La Documentation Française, Paris, Septembre 2002.

Pour conclure sur ces aspects stratégiques, il convient de souligner que les réseaux de santé, s'ils tendent à accentuer certaines tendances préexistantes du partage des rôles dans le système de santé, sont aussi créateurs d'espaces nouveaux pour la construction de politiques médicales concertées. Mais il importe de mettre en évidence aussi que ces collaborations externes induisent des changements et des réorganisations internes tout aussi marquants.

II) L'impact sur l'organisation de l'hôpital : des modalités de travail novatrices

Organisations de production (ici, de prestations de soins) transversales, les réseaux de santé font entrer à l'hôpital des contraintes, des préoccupations et des façons de travailler auxquelles celui-ci et ses professionnels n'étaient pas généralement habitués. Par exemple, l'hôpital, pour s'intégrer techniquement aux réseaux, doit faire évoluer son système d'information, mais aussi la gestion de certaines ressources humaines et son mode d'organisation. Mais cette plus grande perméabilité aux influences extérieures peut également engendrer un enrichissement des missions de l'hôpital et un renouveau de ses pratiques professionnelles.

A) D'un système d'information autocentré à un système d'information en réseau

Le système d'information du CHU de Besançon se trouve confronté actuellement à un changement profond de ses orientations, qui doivent notamment inclure un fonctionnement en réseau avec les autres acteurs de santé. Cette mutation comprend à la fois des aspects techniques, représentés par l'architecture du système d'information, et humains, dans la mesure où la direction du système d'information voit très rapidement évoluer ses missions.

1) *Une mutation des missions des services informatiques*

La direction du système d'information du CHU entre actuellement, notamment avec l'avènement des réseaux, dans une ère nouvelle du point de vue de ses buts. Dans les dernières décennies, l'informatique hospitalière était centrée sur différentes fonctions de gestion classique, au nombre desquelles on comptait la gestion des ressources humaines et de la paie, la gestion administrative des séjours des patients ou la gestion d'applications économiques et financières. Le service informatique possédait jusqu'à présent des missions générales de gestion du système, de maintenance et développait aussi des applications locales adaptées aux utilisateurs.

Un certain nombre de ces tâches sont devenues caduques ou presque, en raison de la réorientation de l'activité informatique et de son recentrage sur le patient, son séjour et ses données médicales. Ce repositionnement s'inscrit dans un mouvement général

d'amélioration de la qualité²⁴ des prestations et de réduction des missions de l'hôpital à leur véritable cœur, le soin ; un certain nombre d'activités logistiques sont ainsi soumises à examen en vue d'une potentielle externalisation (qui est actuellement ou a été réalisée pour certaines tâches précitées, en matière de gestion des ressources humaines, par exemple).

Les réseaux amplifient ce phénomène en rendant nécessaires de forts investissements sur l'informatique médicale (avec les « bureaux médicaux virtuels », notamment), car la circulation des données médicales est une des clés de l'amélioration des prises en charge. Le nouveau schéma directeur de l'information du CHU, qui illustre cette tendance au recentrage par une architecture orientée sur les processus médicaux (prescription, imagerie informatisées et communicables aux autres établissements...), a un coût total de près de 10 millions d'euros. Dans un contexte de ressources limitées, il s'opère naturellement une sélection des tâches les spécifiques à l'hôpital, donc la gestion des dossiers médicaux et de la communication entre acteurs de santé prend le pas sur les autres applications.

Les informaticiens locaux seront aussi désormais moins occupés par leurs anciennes tâches de gestion ou de maintenance d'applications de gestion locales. La complexification des logiciels et la cohérence globale des systèmes s'opposent en effet à ce que leur soient confiées de nouvelles missions de développement, les produits nécessaires étant davantage fabriqués et entretenus par des prestataires spécialisés. A l'inverse, ces personnels seront amenés à se rapprocher des utilisateurs du système d'information médical, notamment pour le travail en réseau. Les agents impliqués dans la gestion de la transmission des informations seront sans doute de plus en plus nombreux, car tous les professionnels collaborant aux réseaux ont vocation à travailler au plus près des besoins du patients et donc de ses informations personnelles.

Or, les transmissions en cause sont des tâches d'un certain degré de complexité (en regard, par exemple, des travaux usuellement exécutés par les agents : commandes, saisie de tâches). Les nouvelles tâches à accomplir relèvent davantage de l'utilisation de supports mis à la disposition des utilisateurs que d'applications formatées ; cette liberté n'est pas synonyme de facilité, dans la mesure où le chemin du professionnel est moins guidé (alors que les conduites à tenir dans les hôpitaux sont souvent plus encadrées – par des protocoles, notamment).

²⁴ Pour François GREMY, professeur de santé publique, les réseaux de santé sont d'ailleurs le "symptôme et le moyen de la recherche de qualité", selon le titre même de son article (*Actualité et Dossier en Santé Publique*, juin 2001).

De plus, le niveau de connaissance en informatique des agents du CHU concernés est, de l'aveu des professionnels rencontrés, tout à fait irrégulier. Si les nouvelles générations de professionnels médicaux ou soignants utilisent plus régulièrement les nouvelles technologies de communication (Intranet, e-mail), il n'en est pas de même pour tous les acteurs potentiels des réseaux, mêmes les plus impliqués dans ces projets. Le besoin d'assistance des professionnels sera donc renforcé dans la gamme des missions du service informatique. Il faut aussi noter que le recours à ce service sera rendu d'autant plus impérieux qu'il s'agira d'activités relevant des urgences (ce qui est le cas de réseaux parmi les plus importants : neurologie, cardiologie, périnatalogie).

2) l'adaptation des structures et du matériel informatique

Le schéma directeur de l'information 2002-2006 du CHU de Besançon a été très influencé par la perspective des échanges en réseau avec les acteurs de soins externes. Pour anticiper sur l'extension des communications avec l'extérieur, il a été configuré de manière à permettre la mise en place de l'" Extranet" (réseau informatique externe) que constitue le Réseau Santé Social, outil de communication sécurisé à la disposition des professionnels du secteur. Cette exigence de travail sur un mode de transmission a entraîné le choix de paramètres complètement nouveaux par rapport au système d'information hospitalier (SIH) préexistant. Plutôt qu'un fonctionnement segmenté en diverses applications, le nouveau schéma directeur prévoit l'adoption d'une technologie de type "conteneurs de transport d'information", système performant d'accès aux ressources utiles aux professionnels, qui est unifié par un format standard (XML).

Ce choix de technologie illustre une démarche véritablement tournée vers l'échange et l'inclusion du plus grand nombre de partenaires possibles. En effet, les standards cités ci-dessus permettent au système de recevoir des données depuis toutes sortes d'applications informatiques ; tous les professionnels ou institutions, quel que soit leur système d'information (même peu performant), pourront donc communiquer avec le CHU. Ces options techniques autorisent en outre une grande évolutivité du système, très adaptée à des modalités de travail fluides, comme dans les réseaux de santé. En effet, il a été fait le choix de ne pas recourir pour l'architecture du système à des solutions de type "propriétaire", mais plutôt à une plate-forme d'intégration. Ainsi le CHU et ses professionnels gardent-ils davantage de latitude pour construire et faire progresser les fonctions adaptées à leurs pratiques. Ce point est crucial, puisque le travail en réseau repose en principe sur une

négociation entre les partenaires au sujet des contenus des échanges, opération qui serait perturbée par la nécessité de choisir des applications formatées.

Cette mutation profonde et rapide n'entraîne pas nécessairement la disparition des logiciels existants pour les fonctions non médicales du CHU, mais elle rend nécessaire le renouvellement d'une grande partie du parc informatique de l'établissement (remplacement de 900 terminaux sur cinq ans), dont l'obsolescence est accélérée par ces changements.

Les réseaux font donc évoluer les fonctions logistiques nécessaires à leur développement, mais ils renouvellent aussi les métiers essentiels de l'établissement.

B) Les réseaux et le renforcement de la cohérence des différents métiers du CHU

1) le concept de métier appliqué aux établissements de santé

Ainsi que l'affirme Michel CREMADEZ²⁵, il est possible d'analyser les activités d'un établissement de santé, comme d'une autre organisation complexe, en pratiquant une segmentation stratégique, c'est à dire la séparation des activités en sous-ensemble cohérents selon un classement multi-critères. Cette opération permet de distinguer des "métiers" simples, c'est à dire des ensembles cohérents de compétences, de savoir-faire des professionnels de l'organisation et de valeurs partagées par ceux-ci.

Au sein d'un hôpital, quatre grands métiers peuvent être distingués:

- le soin (de loin le premier métier des établissements de santé), dont le champ est délimité par la position de l'hôpital dans des filières.
- la prévention
- la recherche
- la formation.

(Mais on pourrait par exemple y ajouter la prise en charge sociale du malade, qui vise à veiller à sa possibilité de subvenir à des besoins qui peuvent avoir une forte influence sur la santé)

Les CHU sont en France les seuls établissements à rassembler au cœur de leur mission ces quatre métiers, qui leur ont notamment été confiés à leur fondation en 1958. Le triptyque soins/enseignement/recherche est classique, mais la prévention, bien que moins

²⁵ Michel CREMADEZ, Le management stratégique hospitalier, Interéditions, Paris, 1997.

visible, homogène et identifiable, est également présente dans les établissements de santé, notamment sous la forme d'éducation sanitaire (hôpitaux de semaine pour les diabétiques...) et de prévention secondaire.

Néanmoins, cette réunion de métiers dans ces institutions n'est pas synonyme de juxtaposition d'activités sans relations entre elles. En réalité, ces métiers comportent de fortes synergies, chacun bénéficiant du développement des autres. Ainsi, le soin très spécialisé offert au CHU est-il alimenté par les progrès récents des recherches médicales relayés par les chercheurs et enseignants de l'établissement; mais la recherche dans l'établissement aussi bien que l'enseignement bénéficient de la variété des cas dus à la position de l'établissement dans la filière de soins. Or, les réseaux contribuent sans aucun doute à renforcer de façon coordonnée et simultanée ces différents métiers de l'établissement.

2) un ajustement des soins prodigués aux besoins du système

En ce qui concerne les soins, le CHU possède une grande palette d'activités en tant qu'hôpital de référence, mais aussi de proximité. Des études réalisées par la CRAM de Bourgogne-Franche-Comté montrent que le CHU dessert bien la population de son bassin d'emploi, en empiétant cependant sur les autres secteurs sanitaires et les bassins d'autres hôpitaux (Vesoul, Dole, petits établissements du Jura), dans le Nord du Jura et dans le Sud de la Haute-Saône.

Sa vocation, selon les coordonnateurs rencontrés, est de poursuivre dans cette voie, mais en prenant davantage en charge les pathologies les plus graves et en laissant les traitements plus courants se réaliser dans les autres établissements, une partie des orientations vers le CHU n'apparaissant pas utiles. Pour les tutelles, le CHU bénéficie d'une image positive liée à la qualité des compétences qui y sont regroupées, mais cet effet d'attraction ne doit pas l'emporter sur la nécessité d'une utilisation adéquate des capacités des autres acteurs de santé. Les réseaux servent bien sûr ces objectifs.

En réalité, il existe des bornes « naturelles » à cette spécialisation, à savoir l'évolution des pathologies dans la population et les priorités qui se font jour actuellement en termes de santé publique. En effet, les grandes causes de morbidité et de mortalité dans notre société, quel que soit la région de résidence, sont les maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, difficultés respiratoires, maladies de l'appareil urinaire...), et la population accueillie dans les hôpitaux a un âge moyen de plus en plus élevé (un fort

pourcentage des personnes accueillies et hébergées ont plus de 80 ans, du fait du vieillissement global, mais aussi des lacunes en termes de prise en charge des personnes âgées). Le CHU ne peut abriter seulement des maladies en phase aiguë ou très lourdes, mais accueillera probablement de plus en plus de malades chroniques, ce que les réseaux contribuent aussi à préparer.

Les réseaux permettent, dans ce contexte, de pourvoir à une certaine adaptation des capacités d'accueil et de traitement des patients aux pathologies rencontrées. Les maladies chroniques sont très bien représentées en leur sein, et le choix même au sein des disciplines concernées des axes de travail des réseaux témoigne d'une prise en compte adaptée des besoins de santé publique (infarctus en cardiologie, accidents vasculaires cérébraux en neurologie, ces deux affections ayant une forte incidence dans la population et étant sources d'incapacités majeures ; réduction de la mortalité périnatale, forte en Franche-Comté).

3) une articulation entre soin et prévention

Le soin au sein des réseaux est moins conçu comme volet séparé des autres actions de santé ; il s'articule notamment avec une volonté marquée de prévention, d'une manière qui semble plus organisée que précédemment. Les professionnels de l'hôpital, à travers les procédures de suivi et d'éducation des malades (bilans, consultations régulières) comprises dans l'action des réseaux intègrent davantage à leurs préoccupations cette dimension essentielle du maintien de la santé. Le souci du corps médical et des soignants devient ici beaucoup plus large que le soin ponctuel, même si la mission de prévention est parfois davantage attribuée aux partenaires de ville. Le métier prévention, encore largement sous-valorisé en France, accède à une reconnaissance et, par son articulation même au soin, gagne presque ses lettres de noblesse.

Or, il s'agit d'une compétence tout à fait primordiale si l'on considère le futur du financement et l'organisation du système de santé. En effet, l'évaluation médico-économique des traitements progresse, et les structures du champ de la santé seront de plus en plus jugées sur leurs capacités à proposer des prestations efficaces, apportant un bon service médical pour un coût modéré. Il est désormais reconnu que le système de soins ne compte que pour une part dans l'amélioration des conditions sanitaires récentes (augmentation de l'espérance de vie). La prévention des comportements dégradant la santé est donc une compétence à développer de la part de tous les acteurs, même de ceux qui proposent les soins les plus spécialisés. Les réseaux sont un bon moyen, pour un établissement universitaire, d'anticiper un déplacement des attentes en la matière.

4) de réelles potentialités pour le développement de la recherche

De plus, la mise en place des réseaux s'avère être un vecteur de développement de la recherche, ce qui explique en partie l'engouement des professionnels hospitaliers universitaires pour ces nouvelles structures. Une meilleure orientation des cas graves ou très spécifiques vers le CHU peut permettre aux chercheurs de l'établissement d'inclure les patients concernés dans des protocoles. Il est surtout à noter que certains des réseaux parmi les plus importants (périnatalité, cardiologie, cancérologie) comprennent dans leur démarche l'amélioration des registres épidémiologiques permettant de recenser les cas observés et de comparer leurs circonstances et leurs caractéristiques.

C'est particulièrement le cas de la cancérologie, le registre des tumeurs du Doubs étant étendu à l'ensemble de la Franche-Comté. Des assistants de recherche sont parfois même affectés spécialement, dans le cadre des actions du réseau, à cette tenue des données épidémiologiques et à leur exploitation. En retour, les observations faites peuvent l'orienter la manière dont les professionnels de santé ciblent leurs actions de prévention et de soin (en fonction des constats sur l'environnement et de l'hérédité des sujets touchés par la maladie...). Autre exemple remarquable : en soins palliatifs, les étudiants en médecine sont dirigés vers la réalisation de travaux concernant l'évaluation du réseau, et une dizaine de thèses ou mémoires ont été produits.

5) un élargissement de la mission de formation

La formation professionnelle est aussi très concernée par la mise en place des réseaux. Les CHU ont pour mission originelle la formation initiale de l'ensemble du corps médical français, ainsi que des professionnels soignants. A l'instar des phénomènes observés pour la recherche, le recrutement effectué dans le cadre des réseaux devrait attirer au CHU des malades dont les spécificités bénéficieront à la formation des élèves formés dans l'établissement.

Cette vocation sera également renforcée dans les réseaux eux-mêmes, la formation étant une des actions majeures de ceux-ci. En effet, les professionnels participant aux réseaux sont par nature d'une certaine hétérogénéité, l'un des principes majeurs communs étant la pluridisciplinarité des prises en charge, garante en théorie de la qualité des prestations. Dans leur exercice, ces acteurs de santé n'utilisent que les connaissances

nécessaires à leur corps et à la pratique quotidienne, et la formation professionnelle qu'ils reçoivent au cours de leur carrière ne peut les sensibiliser aux évolutions de spécialités toujours plus fines et en progrès constant.

Le CHU, lieu de maîtrise des connaissances spécialisées, s'impose dans les réseaux comme l'espace fondamental de la formation continue de ces professionnels de santé. En oncologie, par exemple, certains praticiens hospitaliers des centres de proximité deviendront référents de la discipline dans leur établissement, afin de stabiliser les pratiques et de garantir leur qualité. Ils seront tous formés par leurs homologues du CHU aux connaissances et techniques oncologiques récentes.

De même, dans les réseaux ville-hôpital, les médecins généralistes et les autres professionnels libéraux (kinésithérapeutes, infirmières libérales...) ont vocation à participer à des formations dispensées par les praticiens du CHU, qui leur permettront d'agir au mieux, en amont pour le signalement, le dépistage, la prévention des pathologies chroniques ou graves, en aval pour le suivi des traitements. Les praticiens du CHU sont tout à fait intéressés et prêts à s'investir dans ce dernier aspect de la formation, l'observance des malades hors institution souffrant parfois de graves lacunes et détruisant littéralement les bénéfices des traitements réalisés à l'intérieur de l'hôpital. Les propositions de formation sont très structurées et varient parfois en fonction des différents partenaires et de leur fonction au sein du réseau.

Ce renforcement coordonné des métiers et fonctions de l'hôpital est aussi accompagné d'un renouvellement des formes de collaboration interne autour des pathologies concernées et des patients.

C) Une meilleure mobilisation des compétences de l'institution

Les réseaux de santé ne sont pas seulement à l'origine de mutations des relations professionnelles à l'extérieur de l'établissement, mais ils peuvent aussi contribuer à une meilleure mobilisation des ressources professionnelles de l'hôpital dans son ensemble.

1) *un renforcement de la pluridisciplinarité*

Les réseaux sont largement constitués autour des spécialités existant dans l'hôpital ; celles-ci ont induit une structuration intra-disciplinaire et on pourrait craindre que les réseaux accentuent la spécialisation, à l'opposé du traitement global que promeut justement la "doctrine" des réseaux. Cette tendance est heureusement contrecarrée pour quatre raisons :

- Il existe une préoccupation réelle des coordonnateurs pour cet écueil ; ils ont créé à cet effet une coordination des réseaux, tenue par l'un d'entre eux, qui veille en particulier à l'établissement de relations entre les disciplines concernées
- La structure informatique choisie est commune à tous les réseaux et les patients sont identifiés sous un seul numéro, ce qui favorise les recoupements d'informations issues de disciplines différentes
- Pour les réseaux "obligatoires", les textes nationaux préconisent souvent un travail multidisciplinaire
- Certaines caractères des maladies concernées rendent celui-ci indispensable.

En effet, les polyopathologies rencontrées dans les prises en charge en réseau sont nombreuses, en particulier dans un centre de référence régional comme Besançon. Les phases aiguës et les affections lourdes se concentrent au CHU, et ces maladies ont fréquemment des répercussions sur d'autres organes (les problèmes rénaux et le diabète sur le cœur, par exemple). Cette accumulation de problèmes médicaux, conjuguée à l'engagement du réseau pour la qualité de soins apportée aux malades adhérents, poussent les responsables des réseaux dans l'établissement à solliciter de façon plus formelle des partenaires d'autres disciplines.

Ceux-ci sont par exemple associés aux comités de pilotage des réseaux et ils peuvent co-animer des sessions de formation quand leur discipline est concernée. Ces collaborations étaient bien évidemment courantes avant la mise en place des réseaux, mais ceux-ci agissent comme un élément facilitant des procédures de traitement du patient et des transmissions de données. Le fait de s'inscrire dans la perspective d'une action "monitorée", se situant dans un contexte de qualité de soins accrue produit une implication plus grande dans le suivi interne, à l'image de la prise en charge externe. Les engagements et les sollicitations formalistes légitiment l'action et jouent dans le sens d'une participation renforcée des acteurs.

2) les réseaux, points d'appui d'organisations médicales internes innovantes

Il faut noter que certains réseaux ont, à l'inverse, une vocation pluridisciplinaire intrinsèque ou une mission les poussant à s'intéresser à des malades relevant d'autres services ou spécialités. Ici, les réseaux sont facteurs de développement d'organisations du travail novatrices, qui permettent de jeter des ponts entre les professionnels à l'intérieur de l'établissement comme ils le font à l'extérieur. Parmi ces prises en charge figure par exemple la cancérologie, qui, par nature, a des connexions avec de nombreuses spécialités ; ce

grand nombre de liens rend ici le travail multidisciplinaire indispensable, mais complexe à organiser. La circulaire d'organisation en réseau de la cancérologie de 1998 prévoit que les centres hautement spécialisés doivent posséder une véritable architecture interne faisant collaborer les praticiens cancérologues, les spécialistes des "organes" atteints de tumeurs, les laboratoires, les responsables des plateaux d'imagerie...

Au CHU, l'application de cet impératif a pris la forme d'une fédération interne de cancérologie ; celle-ci permet d'unifier des pratiques et des stratégies thérapeutiques et de mieux délimiter les compétences de chacun dans un domaine marqué par une remise en question fréquente des traitements de référence. Comme pour les établissements plus modestes, mais avec un personnel beaucoup plus spécialisé, repenser les processus de prise en charge en tenant compte de l'état de l'art s'avère indispensable. On étend ici à une logique transdisciplinaire les méthodes d'application des bonnes pratiques (qui forcent les professionnels à positionner leurs pratiques par rapport aux référentiels), à l'aide notamment de la création d'un thésaurus cancérologique.

Certains réseaux fonctionnent également sur le mode d'équipes mobiles qui interviennent en dehors des établissements, mais aussi en interne. C'est le cas quand la compétence n'est partagée que par un petit nombre d'acteurs, qu'il est plus rationnel de faire déplacer auprès des équipes soignant le patient. On peut citer l'exemple des soins palliatifs, qui font bénéficier de l'éclairage original de cette discipline émergente les acteurs du bassin sanitaire, mais aussi évidemment les professionnels des services accueillant des malades en fin de vie. Les enjeux sont ici très forts pour l'hôpital et ses services en termes de qualité de prise en charge, car il s'agit ici par définition de partir des souhaits de vie du patient et de trouver la solution la plus adaptée, en lien avec toutes les ressources existantes, internes (comme l'unité de soins palliatifs) et externes.

De telles collaborations ouvrent des perspectives à des équipes habituées à gérer les situations médicales, notamment extrêmes, en autarcie ou à l'aide de circuits d'habitues. Elles éclairent aussi ce qui est au cœur des avantages des réseaux : la mise en présence de tiers en lieu et place de la relation bilatérale. A l'hôpital, il est usuel que ce soit des équipes qui soignent, et cela est un facteur de qualité, dans la mesure où les apports des uns et des autres se complètent. Mais il existe une certaine unité de ces équipes, qui leur permet de fonctionner efficacement : elles sont soumises à une direction unique (chef de service) et suivent des corpus de règles et des méthodes uniformes. L'introduction de personnes se situant hors de la hiérarchie et des pratiques habituelles du service permet de résoudre les problèmes se situant parfois loin des pratiques et du champ de compétences habituels des

personnels. Il permet de solliciter aussi en dehors de l'établissement le réseau (social, associatif) des tiers intervenants ; on peut parler de mise en relation de plusieurs sous-systèmes mettant fin à une segmentation courante dans les établissements spécialisés.

3) une attention renouvelée pour la qualité des pratiques et les attentes des patients

Les réseaux ne visent pas seulement à officialiser les collaborations, les filières existant entre les professionnels, mais aussi à faire en sorte que les pratiques à l'intérieur de celles-ci soient les meilleures qu'il soit possible de mettre en oeuvre. Ils sont en cela très complémentaires des démarches qualité conduites dans les établissements de santé. Celles-ci, dans leur version officielle et globale (processus supervisé par l'ANAES) visent en France des aspects de la gestion des hôpitaux qui ne sont pas principalement médicaux. On peut y voir un des avatars de la séparation traditionnelle de l'administration générale et de la gestion des secteurs médicaux, qui détache ceux-ci du processus commun.

Il va sans dire que les médecins et soignants, plus que tous les autres professionnels hospitaliers, mettent en œuvre des pratiques enserrées dans des règles et procédures strictes et contrôlées. Mais les réseaux vont au-delà en ouvrant des espaces où les soins administrés sont davantage soumis à un examen collectif de conformité par rapport à un idéal ; celui-ci est défini par rapport aux traitements de référence, aux consensus établis par les sociétés savantes, aux publications médicales récentes. La revue des pratiques a vocation ici à quitter le cadre habituel du service pour être discuté avec l'ensemble des membres du réseau. Les professionnels du CHU sont particulièrement concernés par cette exigence, dans la mesure où ils représentent un point de référence dans la prise en charge.

Cette démarche qualitative est prolongée par la place faite au patient au sein de l'institution, car celui-ci n'est plus seulement un usager du service public de la santé, il est considéré comme partie prenante des processus de soin, grâce aux chartes élaborées par les réseaux ; celles-ci lui offrent des garanties supplémentaires quant au déroulement de son traitement, ce qui rejoint ou complète les critères du manuel ANAES concernant le patient et sa prise en charge. Celle-ci fait l'objet dans ce document de trois référentiels, dont les critères correspondent souvent à des mesures prises dans le cadre des réseaux.

En ce qui concerne les droits et informations du patient (référentiel DIP), les réseaux se sont tous engagés à offrir aux patients une information complète (améliorée par la multidisciplinarité des prises en charge et les échanges entre professionnels) lui permettant de prendre des décisions éclairées ; la préoccupation éthique est aussi très présente dans

les réseaux. S'agissant du dossier patient (référentiel DPA), il apparaît que les réseaux sont des pionniers dans la formalisation et la transmission ; l'accès aux informations (notamment pour les patients, via le portail informatique) pourrait aussi être amélioré et, en même temps, mieux contrôlé, à travers les procédures différenciées d'accès aux données en ligne. Enfin, pour l'organisation proprement dite de la prise en charge (OPC), les procédures d'accueil et de sortie des établissements de santé sont beaucoup plus formalisées pour les patients des réseaux que pour les autres. A ce titre, les réseaux peuvent être considérés comme des organisations modèles pour d'autres démarches qualité au sein de l'établissement.

Les réseaux de santé produisent donc des transformations qualitatives non négligeables dans les pratiques professionnelles de l'hôpital, mais l'activité est évidemment affectée aussi par des réorientations de patients, qui induisent une variation des dépenses engagées par l'hôpital. Aussi convient-il de se pencher sur les effets médico-économiques et financiers des organisations nouvelles.

III) Les conséquences sur l'activité et les finances : complexité de l'analyse et des relations externes

La mise en évidence des conséquences économiques et financières des réseaux de santé pour l'établissement comporte deux phases : la mesure des coûts engendrés par le réseau pour l'établissement et l'examen des modifications des relations financières des acteurs en présence.

La première étape se heurte à plusieurs obstacles méthodologiques et pratiques. Il faut mentionner d'abord leur grande hétérogénéité en termes de buts médicaux et de "géométrie" du réseau, influant sur les dépenses "variables" des réseaux (même si certains coûts fixes sont communs, ou identiques pour plusieurs réseaux), ce qui nécessitera un traitement différencié dans l'évaluation. Mais, avant tout, la réalisation d'une évaluation financière requiert une réponse à plusieurs interrogations, relatives à la méthodologie de la mesure.

A) les préalables méthodologiques

1) *le choix de la situation de référence*

La mesure du coût d'une action renvoie souvent à des notions telles que le surcoût ou le coût évité, la logique étant de mettre en évidence les éléments ajoutés ou retranchés entre deux scénarios, l'un sans et l'autre avec le réseau. Comme le recommandent les auteurs de l'étude *L'évaluation des réseaux de soins*²⁶, "l'évaluation doit chercher à mesurer le différentiel de coûts entre la situation avec réseau et une *situation de référence*". Le choix de celle-ci, ajoutent-ils, "n'est pas anodin, il doit être explicité et justifié".

Dans le cadre de cette étude, on notera qu'il est complexe de d'évaluer l'impact d'actions se situant dans le cadre d'une pratique professionnelle déjà partiellement en réseau. La situation de référence, dans ce cas, peut difficilement être une situation où "le réseau n'existe pas". Les réseaux auxquels appartient le CHU sont de ce point de vue dans des situations hétérogènes. Certains d'entre eux existaient bien sous la forme de filières plus ou moins formalisées avant la mise en route des procédures d'institutionnalisation par l'ARH. Cependant, les projets actuels ont souvent indiqué de manière précise les attributions de chacun (réseaux gradués) ou mis l'accent sur un aspect particulier de l'activité (infarctus,

²⁶ CREDES et Groupe IMAGE-ENSP, *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*, Paris, CREDES, 2001, 73 p.

AVC, chimiothérapie...), pourvue désormais de protocoles ou de règles de répartition de tâches.

L'objet de cette partie de l'étude est de réaliser un bilan économique de l'essor des réseaux au cours des quatre ou cinq dernières années, période au cours de laquelle l'effort organisationnel et financier a débuté. La situation de référence doit donc comprendre les relations déjà existantes, et il s'agit alors de savoir si les actions spécifiques mises en place modifient l'activité et les dépenses afférentes dans l'établissement.

En outre, certaines mesures prises dans le cadre des réseaux de santé ou associées à leur développement (adaptation des normes de prise en charge des patients, adaptation du système d'information...) doivent aussi être manipulées avec précaution. Elles engendrent certes des charges pour l'établissement, mais elles auraient pu être décidées même en l'absence de telles projets. Seules les mesures spécifiques seront ici prises en compte.

2) les coûts à prendre en compte

L'autre question essentielle est celle des catégories de coûts à prendre en compte. Les économistes répartissent généralement ceux-ci en trois catégories : les coûts directs, les coûts indirects et les coûts intangibles. Pour cette étude, qui concerne un établissement de santé, il est important d'étudier les coûts induits par la mise en place des actions nouvelles des réseaux, mais aussi les financements qui sont affectés à l'établissement pour couvrir la mise en place du réseau et, in fine, la différence entre ces deux valeurs.

Les coûts directs sont représentés par les coûts supplémentaires ou les économies engendrées, pour les activités concernées, dans l'accomplissement des soins, mais aussi par les autres missions du réseau, assumées pour une forte part par le CHU (coordination, communication, formation...). Ils correspondent essentiellement au différentiel des dépenses médicales et au différentiel de personnel employé pour les soins et les missions désignées ci-dessus.

Des conséquences indirectes peuvent toutefois aussi exister, s'il s'avère que les réseaux ont un impact sur d'autres activités de l'établissement ou l'utilisation de ressources affectées à d'autres activités. Cela est probablement le cas si l'on considère que l'activité médicale concernée par les réseaux n'est pas réellement détachable des autres activités de l'établissement. En effet, d'une part, les unités de soins concernées par les réseaux ne distinguent pas toujours spécifiquement l'activité concernée par les réseaux, et les personnels dédiés partiellement aux activités des réseaux, pourront être affectés dans leur

disponibilité pour d'autres activités. D'autre part, les réseaux concernent de nombreux malades chroniques dont la maladie principale a entraîné des troubles associés (exemple du diabète, de l'insuffisance rénale chronique...), ce qui suppose que ces malades peuvent être admis dans différentes unités pour ces différents troubles au cours d'un séjour.

Il est donc ardu de mettre en évidence de façon nette (et chiffrée) ces derniers coûts, qu'il est préférable d'aborder plutôt qualitativement, en fonction des témoignages des protagonistes rencontrés.

B) Analyse des effets sur l'activité et les dépenses médicales

Les réseaux n'ont pas tous la même orientation, les mêmes buts vis-à-vis de l'activité des établissements de santé, ce qui oriente fortement les effets observés pour chacun d'eux. En séparant les réseaux selon leurs caractéristiques structurelles (notamment leur graduation), il convient de présenter succinctement ces buts et d'examiner les écarts et impacts issus de la pratique.

1) les réseaux peu gradués : un faible impact

Certains réseaux ne visent pas véritablement à modifier la répartition de la prise en charge des patients, ce qui limite leurs effets en termes d'activité. Par exemple, pour des pathologies très lourdes, comme l'hémophilie, les réseaux sont très centrés sur le CHU et les autres hôpitaux n'ont qu'un rôle d'orientation vers Besançon.

L'activité du réseau hémophilie consiste surtout en des déplacements du coordonnateur dans la région à des fins de formation et d'information de ses partenaires sur la maladie et les consignes de prise en charge. Il s'agit nominale d'un réseau, mais c'est un réseau "limite", au sens où il n'y a pas plusieurs lieux de soins ; on peut plutôt évoquer une logique de centre référent unique.

Dans la situation antérieure à l'existence du réseau, les centres hospitaliers ne traitaient pas les patients hémophiles pour des raisons de compétences et de coûts médicaux lourds (produits sanguins). Une augmentation de l'activité au CHU peut cependant résulter de son fonctionnement, car le développement des compétences des acteurs locaux peut entraîner un meilleur dépistage et une prise en charge de personnes éloignées du système de soins. Il faut ajouter que les patients hémophiles sont susceptibles de générer des prises en charge lourdes pour l'établissement, suscitant une grande irrégularité des dépenses médicales, difficiles à prévoir et génératrices de dépassement de crédits. Il est à

noter qu'un dispositif équivalent pour la mucoviscidose, avec un regroupement des malades à Besançon, serait également en préparation.

Pour les réseaux peu techniques comportant un versant ambulatoire ou une tendance vers la prise en charge ambulatoire des patients (diabète, insuffisance rénale chronique), on ne note pas de niveaux très marqués entre les établissements, sauf en ce qui concerne les prises en charge lourdes (insuffisance rénale aiguë, greffes, pied diabétique), que le CHU assure naturellement. Chaque établissement doit donc desservir sa zone géographique, avec son plateau technique propre (limité), et peu de "fuites" sont observées.

Ces réseaux peuvent cependant, à l'avenir, avoir un impact non négligeable sur l'activité, dans le sens d'une diminution ; en effet, par la mise en réseau des acteurs, ils favoriseront le développement des alternatives à l'hospitalisation (pour les affections rénales, par exemple : auto-dialyse, centres autonomes et appartements de dialyse, suivi assuré par les généralistes). Il peut en résulter une baisse du nombre des séances et des consultations. En revanche, l'hôpital (même le CHU, à cause de ses équipements d'imagerie) a vocation à être sollicité plus fréquemment pour des bilans, des examens, certains actes de suivi. Le temps médical et infirmier est aussi davantage mobilisé pour suivre le devenir des patients hors de l'hôpital.

De même, pour les soins palliatifs, le CHU occupe certes une place centrale dans le dispositif, dans la mesure où il possède une unité d'hospitalisation, pour les cas lourds et les douleurs rebelles, mais il existe des équipes mobiles dans la plupart des établissements de moyenne importance. Peu de déplacements d'activité sont envisageables, sauf à considérer que des patients se trouvant dans certains services de l'établissement et ayant épuisé les options curatives (ex : oncologie) peuvent être traités, pour une qualité de vie meilleure et un coût moindre, en soins palliatifs ou à domicile (thèse sur les coûts réalisée dans le service). L'existence des équipes mobiles peut favoriser ce changement de lieu de prise en charge et l'évolution des mentalités. Cependant, le pendant ambulatoire de ce réseau, sur lequel pourrait reposer cette alternative, s'il existe, semble peu tourné à l'heure actuelle vers son équivalent hospitalier et aucune collaboration tangible n'est en vue.

Pour l'insuffisance respiratoire chronique enfin, le CHU a avant tout un rôle d'orientation (non spécifique) des patients vers les structures adaptées (centre spécialisé – la Grange sur le Mont - et unités de soins ambulatoires). L'activité de l'hôpital est peu affectée a priori, puisque l'insuffisance respiratoire n'était pas prise en charge par le CHU

comme elle l'est par le réseau (une meilleure orientation des patients atteints peut cependant sans doute faire baisser les admissions en pneumologie).

Pour tous les réseaux précités, en raison de la faible modification de l'activité et des tâches, l'impact en termes de dépenses médicales semble assez négligeable. Seules les autres dépenses (personnel et coûts fixes), traitées infra., sont consistantes, ce qui n'est pas le cas, a priori, quand la répartition inter-établissements est plus asymétrique.

2) les réseaux fortement gradués : des conséquences rapides et tangibles

D'autres réseaux, en raison de leurs objectifs ciblés de changement de localisation des traitements, ont un impact en termes d'activité et de dépenses sans aucun doute supérieur. C'est le cas de la cancérologie, de la périnatalogie, de la cardiologie et de la neurologie.

a) la cancérologie

Pour la cancérologie, un des objectifs principaux est le développement des soins de proximité, s'appuyant sur un renforcement de la prise en charge cancérologique dans les établissements de moyenne importance (Lons-le-Saulnier, Vesoul, Dôle, Pontarlier). Cette option consiste rendre plus efficient et moins « hasardeux » le traitement des cancers dans ces établissements en rationalisant l'utilisation des compétences médicales. Dans ces hôpitaux, un médecin référent sera désormais chargé d'organiser localement ce secteur d'activité et de veiller à la bonne application des protocoles de soins en cancérologie par les médecins de l'établissement. Ce médecin sera formé par les équipes du CHU.

Cette réorganisation permet de traiter dans les centres hospitaliers par chimiothérapie de nombreux patients auparavant soignés au CHU, ce qui induit un impact financier tout à fait tangible. En effet, d'une part, la modification des localisations des traitements est très rapide, soutenue par l'informatisation des protocoles de prescription. D'autre part, la cancérologie est un domaine où le nombre de patients et le coût des traitements augmentent fortement ; ce double effet volume/prix a des répercussions très fortes sur les dépenses médicales dans la région (problématique des spécialités pharmaceutiques coûteuses). Le réseau a ici pour effet principal de réduire la part de la prise en charge par le CHU : une étude réalisée par la pharmacie du CHU et le correspondant ARH du réseau montre que les dépenses engagées par Besançon sont passées de 44% à 34% des dépenses régionales, les traitements locaux prenant un essor important ; partant

d'un niveau certes faible, les centres hospitaliers ont vu leur dépenses de spécialités cancérologiques multipliées par cinq.

Toutefois, les dépenses médicales du CHU sont encore en augmentation sensible, du fait des effet prix et volume régionaux. Il est par ailleurs possible de se demander s'il ne faut pas attribuer ce deuxième facteur de hausse en partie au réseau. Celui-ci, selon certains acteurs rencontrés, attirerait au CHU des patients soignés ailleurs ou mal dépistés auparavant. Le réseau, en développant les compétences dans les centres hospitaliers de proximité a, semble-t-il, pour effet de réduire les "fuites" de patients vers des établissements situés dans des villes proches de la région (Dijon, Nancy...)

La région subit aussi un effet de rattrapage, dû à un déficit antérieur de prise en charge des cancers. Le réseau peut effectivement contribuer à une amélioration et une accélération du dépistage ; en outre, il a été identifié un retour dans les établissements franc-comtois de certains patients qui se rendaient dans les régions voisines, probablement en raison de la mauvaise qualité de la prise en charge antérieure. Toutefois, même si une présomption existe, ces deux effets devraient être validés pour être rangés au nombre des conséquences du réseau. Au total, l'effet net du réseau est difficile à dégager, l'effet volume étant mal connu, même si le partage opéré suggère un effet de freinage.

b) Périnatalité

Dans le domaine de la périnatalité, le but principal est presque inverse. Les maternités sont également classées en niveaux de soins, mais l'objectif majeur est ici d'assurer les meilleures conditions de sécurité aux grossesses difficiles en permettant aux patientes et à leurs enfants d'accéder au niveau de prise en charge disposant du plateau technique idoine. Avant la mise en place du réseau, beaucoup de transports de faisaient après la naissance de l'enfant ; le réseau a pour objectif de privilégier les transferts précoces, in utero, en cas de difficulté prévisible. Les services concernés sont donc à la fois l'obstétrique et la pédiatrie.

Il a été constaté une recrudescence d'accueil de grossesses à risques et d'enfants prématurés au CHU en 2000, puis une stabilisation en 2001. Les chiffres d'admission en service de néonatalogie/prématurés confirment sur ce point les témoignages des acteurs. Or, la prise en charge des enfants prématurés nécessitent aujourd'hui l'administration de médicaments coûteux (surfactants pulmonaires notamment). Ces consommations seraient,

selon les praticiens et la pharmacie, le principal effet sur les dépenses médicales. Il représente plusieurs dizaines de milliers d'euros.

Cet effet pourrait néanmoins être atténué si ces enfants étaient ensuite retransférés vers les établissements possédant des unités de soins intensifs (niveau 2), ce qui n'est pas systématiquement le cas actuellement. Deux thèses complémentaires expliqueraient cet état de fait : l'hésitation des médecins du CHU à renvoyer les patients accueillis pourrait se combiner réticence des autres établissements à prendre des enfants dont les traitements sont coûteux. La régulation se fera cependant à l'avenir par la limite des capacités au CHU ; en effet, le nombre de places spécialisées dans l'établissement est limitée par la tutelle, malgré des demandes des praticiens, tandis que les places de soins intensifs sont développées, à Belfort-Montbéliard, par exemple.

En neurologie et en cardiologie, des schémas identiques sont observables, mais sans la pression d'une organisation textuelle comportant une obligation.

c) urgences neurologiques

Le réseau d'urgences neurologiques a pour but essentiel l'amélioration de la prise en charge de proximité pour les problèmes neurologiques urgents (accidents vasculaires cérébraux), mais d'une gravité limitée, ainsi que le regroupement des cas sensibles au CHU. La régulation du réseau, comme pour la plupart des autres, est assurée par un médecin du CHU, mais celle-ci semble avoir un potentiel particulièrement intéressant, permettant un changement réel du profil médical des patients admis au CHU.

En effet, comme pour la cancérologie, une formation est assurée aux médecins des centres périphériques. Alors qu'elle n'était pas très bien séparée de la médecine interne ou d'autres activités plus « généralistes », l'activité neurologique de ces centres est réorganisée par les mêmes moyens que pour la cancérologie (référents, bonnes pratiques). Outre un apport qualitatif, cette action a pour corollaire immédiat la possibilité de ne plus accueillir au CHU les patients dont l'état ne le nécessite pas, voire dont le transport nuirait à l'état de santé. Une étude réalisée par le coordonnateur en 2001 et 2002 conclut à une baisse de 30% des transferts depuis les établissements périphériques. Ce résultat est spectaculaire si l'on considère que le réseau est jeune ; l'intérêt de ce type de projet en sort renforcé. En revanche, les cas lourds semblent plus nombreux, ce qui occasionne un surcroît de travail pour les équipes soignantes.

Quoi qu'il en soit, en termes de dépenses médicales, le résultat semble assez peu sensible. En effet, les médicaments administrés aux victimes d'accidents vasculaires cérébraux sont peu coûteux, surtout au regard des autres spécialités utilisées en neurologie, par exemple dans le traitement de la sclérose en plaques. Mais le réseau a d'autres branches en préparation, ce qui pourrait multiplier ses effets ; de plus, il s'agit de l'un des rares "grands" réseaux à posséder un projet de versant ambulatoire structuré, visant à obtenir un meilleur suivi post-hospitalisation et donc une diminution des réadmissions.

d) cardiologie

En cardiologie enfin, le réseau existe depuis de nombreuses années selon une structuration plus ou moins formelle, autour du service de cardiologie du CHU. L'ARH a souhaité « activé » cette organisation en favorisant l'apparition de protocoles de prises en charge des patients, en premier lieu des victimes d'infarctus et d'états instables cardiaques (priorités de santé publique fortes). Un protocole précis de prise en charge a été mis en point: les établissements périphériques accueillent des patients de leur zone, les traitent pour quelques heures ou quelques jours, puis est prise une décision de transfert (ou de non-transfert) vers le CHU, où le traitement spécialisé est réalisé (thrombolyse ou dilatation), avant un retour vers l'établissement périphérique. Le système fonctionne à plein rendement, obligeant les équipes de cardiologie à prendre beaucoup plus de patients en urgence, en réduisant les plages de programmation. Les dépenses médicales sont à examiner ici avec prudence, la hausse du coût des traitements (du fait du changement de standard de soins) se mêlant à la hausse des volumes.

3) Bilan des évolutions des dépenses médicales (groupe 2)

Globalement, si certains réseaux se distinguent par de réelles modifications d'activités, les hausses ou baisses de consommation de produits médicaux restent modérées. Elles se combinent parfois à des changements dans les traitements, ce qui les rend plus difficiles à cerner. Les conséquences les plus tangibles interviennent dans les secteurs où les produits médicaux sont les plus coûteux, comme en cancérologie. Dans ce domaine, il est à remarquable que des produits aussi coûteux soient dispensés en grande quantité aussi dans les établissements de proximité, grâce au réseau. Celui-ci influence en quelque sorte le circuit de diffusion de l'innovation.

En principe, les médicaments les plus coûteux sont surtout dispensés dans les grands centres hospitaliers, et notamment dans les centres universitaires. En effet, ces

spécialités coûteuses correspondent généralement à la période initiale du cycle du médicament, quand celui-ci est encore peu utilisé et a un coût très fort destiné à rentabiliser les investissements liés à sa mise au point. Mais, en oncologie, la situation a un caractère exponentiel : les coûts des traitements sont actuellement sur une pente d'augmentation très forte, ce qui accroît la pression sur le groupe 2 du budget des établissements. Cette situation est particulièrement sensible à Besançon en 2002, le déficit de ce groupe (par rapport au budget approuvé) se chiffrant en millions d'euros. Dans ce cadre, le réseau semble plutôt freiner la progression des dépenses du CHU, en "exportant" plus largement la chimiothérapie.

Au total, le CHU ne verrait pas augmenter de façon significative ses dépenses médicales à cause des réseaux. L'ARH de Franche-Comté finance d'ailleurs moins, dans le cadre des réseaux, les dépenses du groupe 2 que d'autres dépenses (personnel et investissements). Entre 1997 et 2000, le CHU a reçu à ce titre environ 5 millions de francs, dont les trois quarts concernaient la cancérologie. Mais ces sommes ont plutôt financé la forte expansion des dépenses correspondant au rattrapage médical de la Franche-Comté qu'un effet réseau.

Cette relative neutralité sur le groupe 2 ne doit pas occulter la possibilité que le renforcement du rôle de recours du CHU alourdisse les autres dépenses (voir infra.), notamment en termes de personnel, et fasse augmenter la valeur du point ISA du CHU, actuellement assez modérée. En effet, il est reconnu que la classification PMSI tend à sous-valoriser les actes les plus lourds (ce dont témoignent ses réajustements successifs), qui sont, à travers les réseaux et leurs objectifs de sécurité, concentrés dans les hôpitaux universitaires. Or, la valeur du point ISA joue un rôle dans le rééquilibrage des dotations intra-régionales, ce qui pourrait jouer in fine au détriment du CHU. Il est à noter néanmoins que les pouvoirs publics sont conscient de ce fait, une étude récente sur le PMSI montrant que les dotations des CHU devaient être pesées à l'aune de ce rôle de recours notamment.

C) dépenses de personnel

Certaines d'entre elles correspondent à des coûts presque fixes du réseau : il s'agit des personnes affectées au fonctionnement général, c'est à dire le personnel chargé de la coordination et de l'organisation du réseau, ainsi que des tâches détachées des soins. Cet ensemble comprend les coordonnateurs médicaux, le personnel administratif affecté au réseau (secrétaires médicales), les ingénieurs ou techniciens chargés de l'informatisation et les chargés de recherche dépendant du réseau. Tous les réseaux ont bénéficié de crédits à

ce titre. Les autres dépenses correspondent au renforcement des équipes médicales et soignantes à raison de l'alourdissement de la charge de travail dans les unités concernées.

Pour les années 1997 à 2000, 15 millions de francs environ ont été affectés à ces dépenses de personnel au CHU. Ces fonds ont été attribués (par l'ARH, en attendant d'autres sources de financement) en fonction des demandes et de l'évaluation théorique des charges de travail, aussi bien pour le soin que pour les tâches d'intérêt commun. Il n'est pas pour l'heure possible de déterminer si les crédits accordés couvrent de façon adéquate les besoins ; les personnes les plus impliquées ne sont pas à même de déterminer avec précision le temps médical ou infirmier consacré au réseau. L'examen de cette question interviendra cependant probablement avec l'évaluation obligatoire de tous les réseaux.

Ces coûts pourraient être calculés en isolant les patients supplémentaires dirigés vers le CHU et en estimant la charge en soins infirmiers induite - par des méthodes de type PRN (programme de recherche en nursing), ainsi que le temps médical, administratif et technique consacré à l'activité. Par exemple, les coordonnateurs médicaux consacrent environ 50 à 75% d'un temps plein au réseau (temps de communication, de formation, de réunion), mais ce temps diffère selon leurs tâches réelles.

Il est nécessaire de noter ici que tous les réseaux n'ont pas demandé les mêmes moyens au titre de la coordination, alors même que des tâches identiques semblent exister. Dans certains cas, le surcroît de travail semble mal couvert par les fonds obtenus, tandis que d'autres disciplines profiteraient d'un renforcement médical (ou administratif) net, les charges de coordination étant inférieures aux moyens accordés. S'agissant des coordinations, il est aussi important d'apporter un autre élément de pondération dans la discussion. En effet, tous les temps médicaux ne se valent pour l'institution ; certaines coordinations sont occupées de facto par les médecins chevronnés qui ont lancé les projets, ceux-ci ne parvenant pas toujours à recruter un remplaçant (du fait des problèmes de démographie médicale notamment), alors même qu'ils souhaiteraient se consacrer davantage au soin proprement dit. La perte pour l'institution se mesure aussi à la non-disponibilité de ces "valeurs médicales rares".

Pour clore la question des coûts liés aux personnels, il est important de mentionner que les réseaux qui comportent un projet de télé-médecine présentent une spécificité pour l'utilisation des ressources humaines. En effet, dans ce cadre, le centre référent que constitue le CHU et ses personnels médicaux sont amenés à être sollicités pour examiner le cas de patients qui ne sont pas admis ni traités dans l'établissement. Il y a donc utilisation de

ressources sans que l'hôpital soit crédité, par la voie des points ISA ou d'autres statistiques, d'un acte quelconque. Cette modalité de travail prometteuse étant appelée à se développer avec la mise en place des infrastructures régionales, il conviendrait de pouvoir cerner le temps consacré à cette mission d'expertise et de poser la question de sa valorisation.

D) Autres investissements et frais de fonctionnement (logistique et gestion).

Les autres dépenses sont constituées en grande partie par l'investissement dans les projets informatiques des réseaux. Le CHU adapte son système d'information afin de pouvoir échanger avec les autres acteurs du système de santé, mais cet investissement ne peut être comptabilisé comme un coût réseau spécifique. De plus, les promoteurs des réseaux ayant des dépenses conséquentes dans ce domaine ont pour la plupart déposé des dossiers auprès de l'ARH ou d'autres institutions (notamment le FAQSV, mais aussi le Conseil général) pour financer l'acquisition de matériel informatique ou le développement des sites Internet des disciplines concernées et de l'architecture des dossiers patients. Le CHU contribue cependant à certains projets, comme celui des bonnes pratiques en chimiothérapie, pour le quel il paie directement un quart des dépenses d'investissement. Ces sommes ne constituent néanmoins qu'un accessoire du schéma directeur informatique, dont le coût est nettement supérieur.

Le CHU assume aussi, en tant que tête de réseau, certains frais logistiques, comme la location de locaux pour accueillir les réseaux, le manque de bureaux disponibles au CHU contraignant parfois à rechercher des hébergements extérieurs (installation du réseau hémophilie à l'EFS...). Sur le plan administratif, les directeurs adjoints du CHU en charge des réseaux ont également apporté une contribution d'intérêt commun, en aidant à la rédaction des conventions constitutives (mais il serait difficile d'apprécier cette contribution en termes de coût).

Un autre coût à prendre en compte serait l'utilisation des transports sanitaires entre les établissements. Deux facteurs s'opposent pour la détermination de leur évolution. D'une part, les établissements de proximité envoient moins de malades au CHU en raison des protocoles de soins et du développement de la télé-médecine (cas de la neurologie). En revanche, d'autres spécialités ont intensifiés le recours au CHU, ce qui pourrait alourdir la facture des transports. A ce jour, seul le réseau de neurologie a effectué une étude concernant la baisse des transferts ; il serait nécessaire de généraliser ce type d'initiative pour effectuer un bilan complet.

Les coûts supplémentaires engendrés pour les membres des réseaux sont une question majeure, dans la mesure où leur financement, source de difficultés dans les négociations externes, est souvent considéré comme un obstacle potentiel à leur mise en place.

E) la complexité du système de financement des réseaux

Le financement des réseaux de santé présente une complexité qui rappelle à la fois la nature émergente et décentralisée de leur construction et la configuration actuelle du système de santé contre laquelle ils cherchent à lutter.

1) relations entre l'équipe de direction et l'Agence régionale

Les réseaux de santé en Franche-Comté ont été fortement encouragés dès 1997-1998 par l'Agence régionale de l'hospitalisation, qui a pris contact alors avec les promoteurs médicaux des projets de réseaux, qui étaient souvent les praticiens de l'établissement. La volonté politique d'un côté, et le projet médical de l'autre se sont rencontrés très rapidement et ces protagonistes ont commencé à négocier "en direct" le montage des réseaux. Le mécanisme d'attribution des fonds par l'ARH a donc originellement un peu échappé aux gestionnaires des établissements. Ceux-ci rapportent que certains crédits leur ont parfois été accordés sans qu'ils en aient fait, au nom de l'établissement, la demande. Ce phénomène de "court-circuit" a cependant été un peu maîtrisé par la suite, quand la formalisation des réseaux a gagné du terrain. Les directeurs ont été amenés à approuver les conventions constitutives et ont été davantage sensibilisés aux crédits sollicités.

Actuellement, les crédits attribués dans le cadre des réseaux de soins sont en quelque sorte des crédits fléchés, puisque la majorité d'entre eux sont inclus dans le contrat d'objectifs et de moyens (COM) signé entre l'ARH et l'établissement. Cette procédure est intéressante pour les établissements, car elle peut permettre d'individualiser face à la tutelle les coûts particuliers qui lui incombent du fait des réseaux. Mais elle est aussi assez limitative, les crédits demandés en supplément du COM étant moins facilement négociables.

Opportunité ou contrainte, elle oblige aussi l'établissement à se projeter et à prévoir les crédits nécessaires au développement de son action médicale pour la période à venir. Or, les réseaux de santé sont encore des projets en phase expérimentale ; l'évaluation de leurs processus et de leurs résultats nécessitera du temps, et il n'est pas sûr que les actions ne doivent pas être réorientées à moyen terme, obligeant alors à un redéploiement. Mais on

peut également considérer que le contrats d'objectifs et de moyens actuel est une garantie de financement pour quelques années qui permettra à ces actions de faire leurs preuves ; à la fin de la période, ces crédits seront ou non reconduits en fonction des résultats obtenus.

Les réseaux préfigurent peut-être d'autres relations financières entre l'ARH et les établissements, en ce sens que le budget global serait davantage aménagé par des préoccupations liées à des projets médicaux concrets, ciblés. Au-delà d'une progression très mécanique des dépenses médicales et de personnel seraient évalués les efforts réels des établissements, notamment pour des actions relevant d'une meilleure organisation du système de soins.

2) Des cloisonnements figeant les tentatives d'évolution

Pour les établissements de santé, cette évolution des relations externes est en outre perturbée par une difficile coordination avec les autres financeurs. Si les objectifs affichés des réseaux de soins sont la transformation du système de soins et le décloisonnement des réseaux de soins, ceux-ci demeurent contrariés par la persistance des divergences de modalités de financement . En effet, la viabilité des projets et leur intérêt médical risquent d'être obérés par la complexité et la rigidité des modalités de financement. Les acteurs hospitaliers bénéficient (en partie) de financements garantis (par l'ARH), mais tel n'est pas le cas de la totalité des projets, surtout pour leur volet ambulatoire. Les cinq réseaux qui se sont développés en ville face aux réseaux hospitaliers ont été originellement moins soutenus financièrement, en l'absence initiale de budgets correspondants dans le secteur ambulatoire. Leur développement s'est fait sur un rythme plus lent en partie à cause de ce manque. Cette lacune est comblée à présent, avec la création du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.

Cependant, toutes les difficultés ne semblent pas réglées, en raison de la persistance du cloisonnement. Ce problème structurel de non-fongibilité des enveloppes est une source de blocage et une pomme de discorde ente les deux mondes. Certains investissements ou frais de fonctionnement (l'informatique en est l'exemple très symbolique) sont communs aux deux versants des réseaux, et il est parfois ardu de déterminer quel doit être le destinataire des demandes de crédits. Mais, surtout, les protagonistes des deux milieux s'affrontent parfois pour ces questions de frontières. Par exemple, pour les libéraux, certains personnels de la coordination hospitalière seraient demandés sur des fonds FAQSV ; l'utilisation de ces mêmes fonds par les acteurs de ville donnent lieu à des contestations tenant à la pertinence de l'utilisation...Il en résulte parfois un repli de chacun sur ses "deniers propres", qui nuit à la

cohérence de l'action. Cette question est d'importance, sur le plan financier aussi bien que politique, pour les établissements de santé, qui, comme le CHU, ont contribué à la mise en place de ces projets, dans la mesure où leurs investissements actuels (système d'information ; frais de personnel, en réalité peu variables) ne trouveront pas un débouché utile si les protagonistes ne s'entendent pas.

Les projets actuels de réorganisation de la tutelle sont heureusement de nature à donner aux réseaux une assise plus stable. En effet, les anciens agréments ministériels ont disparu au profit d'une prochaine gestion commune des dossiers par les ARH (probablement transformés en Agences Régionales de Santé bientôt) et les URCAM (si elles sont conservées). Les aspects financiers demeureront cependant un des grands points de discussion, car les effets en termes d'activité évoqués plus haut pourraient être multipliés quand le rythme normal de fonctionnement aura été atteint par tous les réseaux et les moyens de télé-médecine mis en place.

Pour conclure sur cette analyse des conséquences actuelles et potentielles des réseaux, il convient de souligner l'importance d'une approche multidimensionnelle de ces effets. L'examen des conséquences « dures », en termes de finances et d'activité, assez délicat sur le plan méthodologique ne doit pas masquer l'importance des changements qualitatifs opérés par les réseaux de santé. Le caractère multiforme des effets recensés doit inciter les établissements à rechercher une meilleure information en interne comme en externe afin de mieux accompagner ces processus.

TROISIEME PARTIE

Accompagner l'essor des réseaux

Ainsi que l'examen de la situation du CHU le montre, les réseaux de santé représentent une occasion particulière pour l'établissement de développer des partenariats féconds avec son environnement. Un centre hospitalier universitaire comme Besançon peut y trouver un moyen de renforcer son rôle spécifique dans la région, autant dans la dispensation de soins spécialisés que pour l'accomplissement de ses autres missions d'intérêt commun (recherche, formation...), tout en développant une communication sur un mode nouveau avec les autres acteurs de santé. Dès le lancement de ces projets, l'établissement, à travers l'engagement des praticiens hospitaliers et l'action des directeurs en charge de ce dossier, a saisi ces opportunités et s'est positionné en première ligne pour cette nouvelle forme de prise en charge.

Celle-ci ne peut être réduite à un phénomène passager, dans la mesure où elle offre des perspectives tout à fait intéressantes pour l'amélioration des prestations sanitaires apportées aux patients et pour la maîtrise du développement des activités médicales, notamment en relation avec l'évolution des besoins et des pathologies. La création d'enveloppes régionales spécifiques et l'insertion des réseaux dans la loi du 4 mars 2002 sont de nature à contribuer à sa pérennité. Néanmoins, la présente étude montre, d'une part, que les conséquences du développement des réseaux sur la gestion de l'établissement sont difficiles à appréhender en l'absence de suivi de gestion généralisé et du fait de la multiplicité des effets et des formes des réseaux, d'autre part, que les investissements réalisés dans les réseaux par les établissements ne trouveront leur pleine expression que si les actions mises en place trouvent un écho chez l'ensemble des partenaires.

Il convient donc d'envisager à la fois les actions internes possibles pour accompagner ce développement et les actions permettant à l'établissement de trouver le positionnement adéquat dans cet environnement en mutation.

I) Les actions internes : vers une plus grande cohérence du suivi

A) L'instauration d'un suivi institutionnel complet et concerté

Les constats faits au cours de cette étude ont montré que, si les réseaux de santé tendaient à rapprocher les protagonistes administratifs et médicaux de l'établissement pour la gestion des projets médicaux, les implications du développement des réseaux ne bénéficiaient pas d'un suivi intégralement coordonné. En effet, ces effets réseaux ont pour caractéristique de concerner en même temps un grand nombre de directions fonctionnelles verticales : la direction du système d'information (adaptation des moyens techniques et réorganisation), la direction des finances (pour le suivi des dépenses, notamment médicales), la direction des ressources humaines (création de postes et renforcement des équipes), la direction des affaires médicales (praticiens dédiés aux réseaux et recherche)...ainsi que la direction générale, au regard des enjeux stratégiques liés aux réseaux et à la position du CHU dans l'offre de soins régionale. Cette dispersion entrave la capacité de décision opérationnelle et stratégique de l'établissement.

Actuellement, les réseaux sont suivis par des directeurs fonctionnels chargés de nombreuses autres questions à titre principal (travaux, affaires médicales...). Il pourrait être proposé la création d'un poste plus spécifiquement dédié aux réseaux, qui servirait de relais interne (équipe de direction) et externe (tutelle, négociation avec les partenaires) à la résolution questions évoquées ci-dessus, il comprendrait sans doute d'autres attributions connexes, comme la gestion des autres actions de coopération externes de l'établissement. Ce poste serait naturellement en relation fonctionnelle étroite avec la direction générale, du fait de son positionnement externe.

Cette proposition s'inscrirait dans un mouvement déjà à l'œuvre au sein de l'équipe de direction du CHU de Besançon. En effet, au cours des dernières années, plusieurs initiatives sont venues renforcer la gestion transversale des dossiers et le suivi des activités de soins au niveau directorial. De facto, comme dans nombre d'établissements, la conduite des actions préparatoires à l'accréditation a engendré une implication des membres de l'équipe de direction dans le suivi de projets dans une perspective plus "horizontale" que leurs activités traditionnelles. Plus spécifiquement, en 2001, a été créée une direction des activités et des projets, chargée de coordonner l'avancement des grands chantiers de l'établissement (notamment son regroupement sur un site unique). De plus, les directeurs appartenant à ce nouvel ensemble ont été chargés d'une mission de suivi et

d'accompagnement des activités des "pôles" médicaux créés dans l'établissement. Ces initiatives prouvent leur utilité en rapprochant l'équipe de direction d'activités dont ses membres sont tenus éloignés par la gestion de leur département administratif respectif.

En poussant cette logique à son terme, il serait possible de concevoir qu'il existe aussi à l'avenir, plutôt qu'un directeur des coopérations extérieures, des directeurs en charge des pôles, qui régleraient également les questions afférentes aux réseaux correspondants. Ce type de direction proche du terrain a existé dans le passé, à travers les directions de site, mais cette nouvelle organisation serait plus médicalisée, à l'image de la gestion en *directorates* (départements) des hôpitaux anglo-saxons, qui possèdent le mérite d'unifier la gestion de l'hôpital et de relayer une stratégie globale sur le plan médical, économique et de la qualité (ce qui est tout à fait l'objet des réseaux).

Cependant, même si plusieurs responsables supervisent ces projets, une coordination unique des réseaux pour l'établissement semble une perspective à encourager, car elle éviterait de retomber dans une hyper-spécialisation stérile. Une coordination se dessine actuellement sur le plan médical, mais elle concerne toute la région et non pas les questions liées à l'établissement. Il pourrait donc être suggéré de créer en interne un comité des réseaux. Cette proposition serait à rapprocher par exemple de la création récente à Besançon d'un comité de l'innovation médicale. Les réseaux sont d'ailleurs un type d'innovation, dans lequel l'établissement investit, au même titre qu'il le fait pour les médicaments coûteux ; à cet égard, la bonne gestion pourrait impliquer qu'il mette en place un suivi régulier, comme pour ces produits. Une telle instance rassemblerait le(s) directeur(s) en charge des réseaux, les coordonnateurs exerçant dans l'établissement et les professionnels non médicaux des réseaux, ainsi que des représentants des directions fonctionnelles concernées.

Comme pour les médicaments ou les dispositifs médicaux, il pourrait aussi être suggéré l'élaboration de fiches de suivi. Certains établissements ont mis en place de tels mécanismes de décision et d'accompagnement pour leurs coopérations extérieures, à l'instar du CHRU de Lille, afin de maîtriser l'impact économique et médical de ces actions. Ces fiches reprendraient le contexte de création des réseaux et décriraient les activités concernées, mais comprendraient de plus :

- les objectifs et leur niveau de réalisation
- les coûts directs et indirects engendrés (ressources humaines, consommables, équipements, logistique)
- un bilan concernant les variations d'activité et de PMSI

- les perspectives et les actions à entreprendre
- les crédits nécessaires et le type de financement sollicité

Ces indications seraient nourries par les évaluations internes ou externes des réseaux. Elles seraient examinées par le comité dans le but de valoriser les actions les plus probantes et les plus intéressantes pour l'établissement au cours des réunions externes (comités de pilotage des réseaux, négociations avec la tutelle...), mais également de prévoir les ressources à déployer pour assurer les activités en cause. Ce comité pourrait mettre en place les évaluations complémentaires nécessaires pour mesurer les coûts non pris en compte dans les documents officiels (impact en ressources humaines des réseaux, coûts logistiques, notamment informatiques...).

Un tel suivi n'impliquerait bien sûr pas de décisions de retrait à l'égard de telle ou telle structure (respectant en cela les conditions nécessaires au développement de prises en charge émergentes), sauf en cas d'échec patent de l'action. Ces fiches seraient aussi employées en cas de création de nouvelles coopérations, pour définir à quel titre l'établissement serait appelé à s'engager. Cette démarche serait en fait l'aboutissement de l'institutionnalisation d'actions originellement informelles. Si certains auteurs avancent que les réseaux ne peuvent exister que grâce à l'engagement personnel des professionnels, il est possible de soutenir que ceux-ci ne peuvent survivre que s'ils sont soutenus par les organisations dont ils dépendent étroitement.

B) Les ressources communes aux réseaux

Outre ce suivi nécessaire, les instances existantes ou à créer dans l'établissement peuvent également avoir pour mission de faciliter l'émergence de nouveaux réseaux aussi bien que la pérennité des structures existantes, en mettant en place des ressources utiles à l'ensemble des réseaux. On passerait ainsi d'une politique d'accompagnement de ces projets à une véritable dynamique de promotion des projets de réseaux. En effet, le CHU posséderait bientôt un véritable recul par rapport aux expériences de collaboration externe. Une sorte de vade-mecum pour les promoteurs pourrait être constitué à partir des conventions types déjà signées et des étapes identifiées par les précédents coordonnateurs (constitution des instances des réseaux, démarche auprès des financeurs potentiels : FAQSV, collectivités...). Le bilan des expériences en cours serait également régulièrement présenté devant les instances concernées, telles la commission médicale d'établissement, afin de susciter des initiatives nouvelles.

L'idée de mise en commun répond aussi au souci d'économies (d'échelle ou liées à l'apprentissage) possibles pour les professionnels et l'établissement lui-même. Un certain nombre de réseaux se sont par exemple lancés dans le développement d'applications informatiques spécifiques en recourant aux services de développeurs privés. Ces initiatives peuvent paraître légitimes au regard de la spécificité de chaque discipline; cependant, elles créent à la fois des charges (emploi d'un informaticien ad hoc...) et des caractéristiques particulières aux différents réseaux concernés, alors qu'une réflexion d'ensemble inter-réseaux était possible et aurait empêché les redondances et les incompatibilités. Cet exemple est peut-être transposable à d'autres moyens des réseaux, tels que les secrétariats médicaux ou l'occupation de certains locaux dédiés.

C) Gestion des risques liés aux réseaux

Les réseaux de santé, en ouvrant davantage l'établissement sur l'extérieur, engendrent pour celui-ci des risques, liés notamment à la gestion du système informatique et au partage des données médicales. Il convient pour le CHU de mettre en place ou de renforcer les systèmes de veille correspondant à ces risques.

1) *La sécurité du système d'information*

Ce type de risques liés au fonctionnement en réseau est très immédiat. Il s'agit notamment des potentielles infiltrations du système par des personnes extérieures et la divulgation de données confidentielles, relatives aux malades. Ces risques existent déjà sans réseau ni informatisation, à travers la circulation ou le stockage des dossiers papier, ou la parole. Cependant, ils sont accentués par deux éléments nouveaux. D'une part, le travail en réseau est très marqué par la multi-disciplinarité donc par l'échange de données couvertes par le secret entre de nombreux intervenant médicaux et soignants. D'autre part, une des spécificités de la Franche-Comté est la mise en place d'un portail commun aux réseaux, qui a vocation à devenir accessible non seulement aux professionnels membres des réseaux mais aussi au grand public, donc à des personnes non habilitées à consulter ces données.

Naturellement, de fortes protections ont été mises en place pour verrouiller l'accès aux zones confidentielles du portail, comme les *firewalls*; les échanges de données entre les professionnels sont soumis à la délivrance de codes personnels. Cependant, ce système n'est garanti contre les intrusions et les attaques éventuelles que si les utilisateurs ne constituent pas eux-mêmes un maillon faible des processus. En d'autres termes, les

professionnels du CHU seront de plus en plus nombreux à participer aux réseaux et aux manipulations électroniques de données ; il est prévu que les personnels des services ayant des activités en réseau soient dotés de cartes de professionnel de santé (CPS) pour utiliser les outils de communication. C'est pourquoi il est crucial pour le CHU d'assurer une sensibilisation continue de son personnel aux risques inhérents à ces outils.

Le développement des outils informatiques au sein de l'établissement n'est certes pas brutal ; un Intranet de plus en plus complet est à la disposition de nombreux agents, par exemple, et les bases d'une sensibilisation aux risques et dérives ont déjà été jetées. Il existe ainsi une charte des utilisateurs de l'informatique, qui définit les modalités d'une utilisation des outils allant dans le sens d'une sécurité et d'une efficacité collectives. En s'appuyant sur cette base, il conviendrait de prévoir pour les personnels évoqués des séances de formation à la sécurité informatique, comprises dans le nouvel éventail de tâches du service informatique. Celui-ci doit aussi être identifié comme la cellule de centralisation des incidents constatés dans l'utilisation de ces nouveaux outils de communication ; un peu à l'image des correspondants des vigilances, un cadre du service informatique pourrait devenir le correspondant chargé de la sécurité informatique (avec un système de fiches permettant d'apprécier l'étendue des risques dans l'ensemble de l'établissement).

2) Une responsabilité juridique accrue ?

Les questions de responsabilité juridique liées aux réseaux peuvent constituer un autre risque réel pour l'établissement. Les réseaux placent le patient au cœur des prises en charge, ceci étant l'aboutissement logique du processus de développement des droits des malades au cœur du système de santé. Mais cette reconnaissance de droits a également pour corollaire l'augmentation des revendications et plaintes des patients à l'endroit des praticiens et des établissements de santé. En inscrivant son action dans une prise en charge faisant intervenir plusieurs acteurs de santé, le CHU ne risque-t-il pas de voir sa responsabilité davantage mise en avant ? Une telle interrogation n'est pas anodine. Le réseau constitue, au moins symboliquement pour le patient, du fait des engagements pris à travers lui par les professionnels, de ses objectifs qualitatifs et de sa charte patient, un lien de confiance renforcé entre malades et soignants. L'existence d'un tel lien est de nature à générer une recrudescence de plaintes s'il vient à être rompu.

Mais c'est surtout l'introduction de nouvelles pratiques, comme la télé-médecine ou la télé-expertise qui suscitent des interrogations en la matière. En effet, elles posent la question du partage des responsabilités dans le cas d'interventions multiples au près du patient ; le

cas typique est celui d'un médecin membre du réseau faisant appel à la compétence d'un spécialiste situé à distance. Le CHU est très concerné par cette hypothèse, car ce sont ses experts qui seront majoritairement sollicités. Les juristes qui se sont penchés sur cette question ont conclu généralement qu'en cas de faute, les deux médecins pouvaient en endosser la responsabilité (et les établissements-lieux d'exercice également de façon solidaire). L'éloignement du spécialiste est ici compensé par la possession de toutes les données médicales, transmissibles par les nouveaux moyens de communication (ainsi que par la possible vision du malade et de ses examens par les mêmes voies).

Il faut rappeler aussi que les réseaux de soins ne disposent pas en général de la personnalité juridique (c'est le cas en Franche-Comté). On ne peut se retourner en cas d'erreur médicale, supposée ou avérée, contre un réseau ; c'est bien à l'un des acteurs de santé membres de cette organisation que l'on s'adressera en l'absence d'autre solution pour le patient insatisfait. Or, le CHU possède une place très centrale et sans aucun doute exposée dans les filières de soins empruntée par les patients. Sont orientées vers lui plus de malades souffrant d'affections graves ou en phase aiguë. Davantage d'urgences vraies, via les réseaux de cardiologie ou de neurologie, lui sont adressées. Les coordonnateurs, responsables opérationnels des réseaux hébergés au CHU, seront aussi les interlocuteurs privilégiés des patients en cas de dysfonctionnements ; certaines théories de la responsabilité distinguent d'ailleurs les devoirs particuliers d'un « chef de file », personne ou institution possédant la charge de l'organisation du système, ce qui renvoie à la notion de « tête de réseau ».

Il est donc possible, au moins pour la période qui précédera l'instauration de mécanismes institutionnels de réponse aux réclamations, que le CHU soit en première ligne face à celles-ci. Pour l'instant, l'hôpital dispose d'un dispositif classique de traitement des insatisfactions ou plaintes de patients : traitement administratif à la direction de l'accueil des malades et commission de conciliation médicale. Dans le cadre d'un fonctionnement en réseau, facteur de flux plus denses et rapides, il serait opportun de réfléchir à des circuits de règlement des réclamations communs aux différentes institutions impliquées. Entre établissements, il peut s'agir de la mise en réseau des personnes ressource chargées de recueillir les lettres et demandes des malades et de l'instauration de procédures communes, en lien avec les responsables opérationnels des réseaux; cette organisation pourrait alors orienter les patients vers les personnes les plus à même de les renseigner, d'entendre leurs plaintes et d'adopter la modalité la plus simple de réponse. Avec les professionnels de ville, il serait utile de réfléchir à la mise en place de référents ambulatoires pour les plaintes qui s'intégreraient à ces circuits.

Les réseaux disposent cependant d'un atout face à l'éventuelle recrudescence des plaintes, qui réside précisément dans l'organisation très structurée et les processus de prise en charge validés par l'ensemble des professionnels impliqués. Dans un tel système, la fourniture de preuves d'un respect des bonnes pratiques et d'une action dans l'intérêt du patient apparaît facilitée. Mais cela suppose que les procédures soient effectivement suivies par tous et qu'un aucun "maillon faible" ne vienne créer une défaillance structurelle. C'est pourquoi il est important de vérifier que les réseaux disposent tous d'un "système qualité" apte à contrôler les pratiques en chacune de leurs unités et enregistrant les décisions internes aux réseaux. Cette vérification peut être une mission confiée aux directions de la qualité, ce qui est d'autant plus naturel que l'ANAES s'impliquera sans doute à l'avenir dans l'examen de la qualité des soins dans les réseaux. Il convient de souligner que l'on passe ici d'une culture au formalisme souple (orientation de patients par des confrères) à une organisation où les motivations des actes se doivent d'être plus explicites. Ce changement culturel sera de toute façon concomitant avec l'ouverture plus large des dossiers médicaux et les actions qualité afférentes, ce qui obligera à davantage d'explications vis-à-vis des patients.

II) Les actions externes

Celles-ci sont à mener sur plusieurs fronts : il s'agit de préserver les atouts que peuvent apporter les réseaux à l'établissement, tout en essayant de trouver une juste place pour sa contribution particulière à leur développement. L'institutionnalisation des pratiques peut et doit permettre de faire en sorte que l'établissement tire le meilleur parti de ses connexions externes, en sélectionnant parmi les liens existants ceux qui renforcent ses objectifs prioritaires. Mais cette clarification des relations ne doit pas donner lieu à un déséquilibre ou à un sentiment de déséquilibre entre le CHU et ses partenaires du système de santé, lié à la position spécifique du CHU.

A) Un recentrage sur les fonctions naturelles du CHU

Pour le CHU, participer aux réseaux de santé constitue un apport *per se*, à travers les modifications des méthodes de travail qu'ils impliquent et les communications renouvelées qu'ils favorisent. L'établissement se trouve aussi renforcé dans ses missions particulières, notamment dans sa vocation de centre hospitalier de recours. Cependant, il est aussi, de facto, un des principaux animateurs de ces projets ; cette situation, qui résulte de la nature

des réseaux et de la personnalité des fondateurs, ne semble néanmoins pas satisfaisante à tous les égards. Il est possible de soutenir qu'elle donne des fonctions trop centrales à l'établissement, au détriment de l'engagement d'autres partenaires désireux de posséder une place active au sein du dispositif, mais aussi à l'encontre des intérêts ou souhaits de l'hôpital. Il convient de réaffirmer que les réseaux sont des organisations alimentées par l'échange, qui ne se conçoit qu'en présence de plusieurs pôles actifs.

L'établissement ne revendique d'ailleurs pas un rôle excédant ses missions naturelles. Par exemple, le fait d'abriter sur le plan matériel et humain la quasi-totalité des coordinations ne fait pas partie d'une stratégie raisonnée, et d'autres modalités d'organisation pourraient certainement être envisagées. Sur le plan matériel, le CHU actuel dispose d'une capacité en bureaux limitée qui engendre souvent des recherches complexes quand il s'agit de développer de nouvelles activités. Or, chaque coordination est en droit de posséder des espaces autorisant la tenue de rendez-vous, de réunions... Il est entendu que la ville de Besançon a l'avantage d'une position centrale dans la région; mais rien n'interdit qu'il soit créé hors du CHU, mais plutôt à proximité, un lieu commun, une "Maison des réseaux", qui regrouperait les locaux administratifs des coordinations des réseaux, même si les personnes ressources sur le plan médical restaient largement dans leurs services respectifs.

Cette création comporterait l'avantage de mettre en commun des moyens (de secrétariat, logistiques, techniques...) et contribuerait à renforcer les contacts inter-disciplines. La tutelle gagnerait également un contact simplifié avec l'ensemble des réseaux qu'elle supervise et certains moyens de fonctionnement qu'elle attribue. Symboliquement enfin, ce découplage spatial d'avec le CHU modifierait peut-être les rapports de certains acteurs aux réseaux. Les rencontres dans ces locaux donneraient alors moins l'impression d'être toujours tenues sous l'égide de l'établissement.

Sur le plan humain, les tâches de coordination n'ont pas vocation non plus à être toutes assumées par des personnels médicaux ou administratifs du CHU. En ce qui concerne les postes de coordonnateurs médicaux, il faut tenir compte de la spécificité de chaque réseau. Certains d'entre eux ont leur coordination au CHU du fait de la position éminente du CHU dans la filière de prise en charge, et une autre organisation ne présenterait pas le même caractère opérationnel. Cependant, dans le cas des réseaux moins centrés sur l'établissement, rien n'oblige à conserver cet état de fait, et d'autres établissements peuvent devenir sièges de coordination si, dans les disciplines concernées, ils possèdent des praticiens expérimentés. Cette déconcentration serait une des marques de

la reconnaissance véritable de l'apport des centres hospitaliers aux actions et une manière de les inciter à une participation plus active.

Afin de compléter cette proposition, il est également important d'insister sur l'organisation de la recherche des candidats pour les postes dont le réseau a besoin. Pour les fonctions médicales comme pour certains postes logistiques, les fondateurs des réseaux éprouvent parfois des difficultés à trouver des personnes qualifiées (en raison des problèmes de démographie médicale), et ils assument eux-mêmes des tâches qu'ils délaisseraient volontiers pour revenir à une activité habituelle. Il appartient au réseau dans son ensemble de mettre en œuvre une politique de recrutement active (annonces inter-régionales...) pour résoudre ce qui est un déplacement de tâches et un gaspillage de ressources rares.

B) Un rééquilibrage médecine spécialisée/médecine générale

La proposition d'une décentralisation des fonctions communes correspond aussi à la reconnaissance des expériences acquises dans des centres moins spécialisés comme richesse indispensable pour refondre les prises en charge autour des patients. Ce mouvement serait d'autant plus logique que ces réseaux, largement liés aux pathologies chroniques, requièrent une bonne pratique des affections courantes, plus que des cas extrêmes, et des difficultés concrètes rencontrées par les malades ; or, ces qualités sont plutôt l'apanage des équipes des centres de proximité. Ceux-ci peuvent aussi être considérés, en raison de leurs collaborations avec le monde médical local, comme des passerelles vers les médecins libéraux, dont l'inclusion à l'intérieur des réseaux constitue une des potentialités majeures de ces dispositifs.

Au sein des hôpitaux locaux, en effet, les professionnels libéraux assument des missions plus larges, qui viennent véritablement compléter les ressources médicales propres des établissements, alors qu'ils sont moins intégrés aux circuits habituels du CHU. Accréditer l'idée d'un polycentrisme des réseaux sur le versant hospitalier est donc aussi un moyen de relancer le dialogue ville-hôpital. D'une manière générale, le développement régional des réseaux ne doit pas se faire au détriment de l'insertion locale, qui est la clé de l'intégration complète des prises en charge (en faisant participer le monde associatif et médico-social du bassin sanitaire).

Il s'agit alors d'approfondir les initiatives permettant de donner un rôle moteur à ceux qui sont considérés actuellement comme la périphérie du système. Un des coordonnateurs rencontrés parle de "désapprentissage mutuel", ce qui signifie que tous les acteurs doivent

prendre des distances avec leurs pratiques professionnelles devenues routinières pour aller en direction de l'univers culturel des autres participants. Il convient de noter que l'auteur de cette formule n'est pas un représentant de la médecine la plus "technique" et a un passé de généraliste. Cette attitude est en réalité difficile à adopter pour les professionnels d'un établissement de référence, qui sont ici pris entre des injonctions contradictoires. Au sein des réseaux, ils ont un rôle d'interface entre le monde de la recherche et de l'application des découvertes récentes et le tissu local, et donc une fonction de diffusion des bonnes pratiques.

Mais, en même temps, ils doivent accepter d'être en situation d'échange réciproque avec leurs confrères moins spécialisés, alors qu'ils y sont moins habitués, la médecine générale étant peu valorisée par le système d'enseignement médical. Un changement de perspective à ce sujet se joue à la fois dans le court et le long terme. A long terme, la revalorisation actuelle de la médecine générale dans les cursus médicaux est de nature à engendrer *in fine* le sentiment que les "généralistes" sont des "spécialistes comme les autres", c'est à dire qu'ils ont des qualités médicales spécifiques à une connaissance plus globale des patients.

A court terme, la recommandation paradoxale qui peut être faite au CHU et à ses équipes est celle d'un retrait relatif pour faire place aux préoccupations de ses partenaires, pour les cas où ceux-ci ne sont pas suffisamment inclus ou actifs. Par exemple, en ce qui concerne les formations proposés aux médecins libéraux, celles-ci susciteraient davantage d'adhésions si elles répondaient aux demandes des praticiens de ville, alors qu'elles sont souvent une simple déclinaison des bonnes pratiques – ce qui est par ailleurs logique. Certains de ces médecins rechignent à participer à des formations longues (au détriment de leur activité), car l'investissement temporel ne leur paraît pas rentable au regard de leur pratique quotidienne (quelques cas par an).

A l'instar des praticiens hospitaliers des centres périphériques, les professionnels libéraux pourraient se voir offrir plus largement des opportunités de remise à niveau dans les disciplines concernées, mais selon des formules plus ouvertes, définies en accord avec leurs organismes représentatifs (URML notamment). Le passage de médecins de ville, en particulier de généralistes, dans les services (pour suivre des visites, des réunions de staff...) permettrait en outre de renouer un contact qui n'est trop souvent qu'écrit et incomplet, aussi bien que de transmettre aux équipes médicales et soignantes les préoccupations pratiques concernant l'adressage et le suivi des patients.

Dans un même ordre d'idées, il est nécessaire que le contenu et les modalités de transmission des éléments du dossier médical partagé soient réellement le fruit d'une co-production entre les spécialistes, notamment hospitaliers, et les médecins généralistes, qui seront les utilisateurs directs de ces instruments de communication. C'est précisément la rencontre entre les préoccupations issues de l'état de l'art médical et les considérations matérielles d'accompagnement régulier du patient qui est à même de définir les éléments à retenir, ceux qui devront et pourront raisonnablement être renseignés. A défaut, les responsables des réseaux risquent d'être confrontés à une mauvaise "observance" de leurs consignes professionnelles.

C) Un renforcement du dialogue horizontal

Le CHU peut également profiter de l'opportunité que représentent les réseaux pour l'ouverture de concertations stratégiques avec ses partenaires, modifiant ainsi les pratiques de négociation externe des acteurs de santé. Les réseaux peuvent être considérés comme un élément de changement dans la régulation sanitaire régionale, dans la mesure où ils tendent à faire émerger des projets d'organisation conçus en grande partie par les professionnels de terrain, et non selon le modèle vertical classique de planification. Cette modalité apparaît judicieuse, car la réorganisation de l'offre de soins est une équation complexe ; s'il n'est pas contestable que les actions sur l'offre hospitalière ne peuvent s'organiser sans volontarisme, les mesures touchant aux circuits médicaux doivent prendre en compte les relations existant entre les professionnels, alors que la tutelle ne peut, en raison d'obstacles matériels et culturels évidents, les appréhender finement.

Les organismes financeurs se retranchent ici dans un rôle d'orientation, de contrôle et d'allocation budgétaire, ouvrant un champ pour la négociation entre professionnels sur la gestion des prises en charge. L'apparition de sources de financement plus abondantes et parfois prioritaires pour les réseaux, qui a suscité des dissensions, devrait dans l'idéal conduire à l'inverse à une utilisation concertée des sommes pour renforcer les maillons les plus défaillants des filières de soins. Actuellement, la subsistance de logiques culturellement antagonistes débouche sur des gaspillages dans l'emploi des enveloppes réseaux (création de doublons dans les structures de gestion). Il est probable que l'apparition d'une certaine fongibilité à moyen terme fera tomber certains conflits de frontières, mais elle n'entraînera pas mécaniquement la fin de cette concurrence.

L'existence d'une alternative "vertueuse" n'est pas assurée, dans la mesure où rien ne prouve aux acteurs qu'ils ont des avantages à la coopération ; cependant, une entente

entre institutions et professionnels de terrain est séduisante pour ceux-ci, car elle leur rend une certaine maîtrise des fonds alloués et par là-même des politiques menées. Si quelques réseaux sont en grande partie la déclinaison de schémas nationaux et ne disposent pas de marges d'organisation, les autres peuvent en revanche saisir l'opportunité d'examiner, à partir des données récoltées par leur système d'information, les points de non-qualité dans le fonctionnement des filières de soins et maîtriser les coûts et afférents pour les membres des réseaux.

En interne au réseau, il s'agirait de concilier les bonnes pratiques avec les capacités réelles, matérielles et humaines des établissements et des professionnels de ville. Il convient d'exclure les prises en charge impliquant de forts reports de charges entre membres, incompatibles avec des budgets peu flexibles (hôpitaux) ou des plages de travail déjà surchargées (généralistes). Si de tels changements interviennent en raison d'impératifs médicaux (les recommandations médicales variant avec l'évolution de la recherche), le cadre contractuel souple mis en place dans les réseaux, doit favoriser par exemple les collaborations entre les acteurs, notamment pour le temps médical (exemple des centres périnataux de proximité).

En externe, un accord préalable entre partenaires avant les négociations avec les organismes financeurs (ARH ou organe de gestion des futures enveloppes réseaux fongibles) et portant sur les besoins prioritaires du réseau doit être envisagé, préparant les décisions d'arbitrage prises par ces structures. De tels accords sont tout à fait envisageables dans les enceintes des comités de pilotage, regroupant à la fois des médecins et des gestionnaires de tous les secteurs. La tutelle n'y serait sans doute pas hostile, dans la mesure où elle est désireuse d'attribuer de plus en plus les enveloppes fléchées en fonction de critères médicaux aussi "objectifs" que possible.

D) L'indispensable maîtrise de l'évaluation et de l'information

Pour la négociation avec les tutelles et une négociation horizontale sur des bases objectives, il est impératif de disposer d'outils de connaissance des réseaux ; or, les systèmes d'information et d'évaluation sont encore embryonnaires, en raison de la priorité donnée aux actions concrètes, du caractère ambitieux du système de communication mis en place et de la diversité des organisations impliquées. Or, il est impératif d'une part, de fournir des preuves de l'intérêt médical ou économique des projets – ce qui conditionne les financements – d'autre part, d'identifier les insuffisances dans le fonctionnement des filières de soins.

En ce qui concerne l'évaluation, celle-ci a été prévue dès l'origine par la tutelle et inscrite dans les conventions constitutives. Cependant, il convient pour les membres des réseaux de s'interroger sur les conditions de sa réalisation pratique. Peut-elle être réalisée par les personnes chargées de la coordination ou faut-il faire appel à des évaluateurs indépendants garants de l'objectivité de l'entreprise ? Les budgets alloués aux réseaux couvrent-ils cette obligation ou faut-il solliciter des fonds spécifiques pour la financer ?

Dans la mesure où cette démarche n'est pas au cœur de l'action donc peu mobilisatrice, mais seule garante de la pérennité des actions, les comités de pilotage doivent insister pour sa mise en place rapide, même « sans financement ». Les réseaux peuvent par exemple recruter en commun une ou plusieurs personnes chargées de mettre en place la méthodologie d'évaluation, dans la mesure où les points à étudier sont souvent comparables entre les réseaux, et les coordonnateurs déjà très occupés par leurs fonctions opérationnelles.

L'évaluation doit idéalement mettre en valeur un nombre critique de patients pris en charge par le réseau, une forte fidélité aux bonnes pratiques de la discipline et une atteinte des objectifs médicaux cruciaux (correspondant aux priorités de santé publique : plus de transferts in utero en périnatalogie, plus d'actes accomplis au niveau adéquat...). Contrairement à ce que certains défenseurs des réseaux promettaient, les réductions directes des coûts de prise en charge ne seront vraisemblablement pas observées, et là où des gaspillages sont réduits, il n'est pas certain que ceux-ci compensent globalement le coût des réseaux. Il convient donc de souligner l'impact qualitatif des réseaux et ses effets sur la collaboration des acteurs. Peu d'autres voies de coopération transcendent autant les frontières classiques du secteur, et l'échec éventuel des actions initiales doit plutôt conduire à une réorientation qu'à un démantèlement.

A l'inverse, il convient d'être prudent quant à des démarches visant à faire reconnaître l'excellence de la prise en charge dans les réseaux (certification), car cette qualité s'établit dans la durée et se mesure surtout à l'aune de l'utilité des actions pour le système de santé. La garantie de respect des bonnes pratiques et d'une bonne coordination des professionnels peut cependant être utilisée par les participants pour valoriser publiquement leurs activités en réseau.

Mais l'objectivation des connaissances sur ces prises en charge n'est pas seulement un moyen de justification vis-à-vis des tutelles. Elle doit aussi permettre aux acteurs

d'identifier les écarts par rapport à l'idéal qu'ils se sont initialement fixé et d'apprécier l'ensemble des effets induits. Les établissements de santé, en particulier, en s'appuyant sur des dispositifs de suivi comme décrits supra., doivent mettre en commun les données relatives à l'impact sur l'activité. Cela suppose un recensement fidèle des actes pratiqués dans chaque structure et peut-être la collaboration des départements d'information médicale.

L'expérience prochaine de chaînage des séjours en Franche-Comté devrait apporter des informations indispensables à la connaissance des circuits empruntés par les malades et riches d'enseignement en particulier pour les réseaux à vocation disciplinaire large, qui pourront avoir une vision d'ensemble des stratégies thérapeutiques réellement utilisées. Il peut également être utile de recourir à certains outils novateurs, comme la détermination des parts de marché des établissements de santé (outil de la Base de données statistiques et financières de la Fédération hospitalière de France), afin de mesurer l'attractivité des établissements dans les disciplines concernées. La confrontation des zones de recours des établissements et des fuites hors région constitue une base intéressante de travail pour comprendre et reformater les pratiques d'adressage des patients et ouvrir le débat sur les flux inadéquats à l'intérieur des réseaux.

Pour conclure, il faut souligner qu'un bon fonctionnement en réseau requiert une implication suffisante des structures et professionnels participants, ce qui suppose une certaine dose de réorganisation pour ceux-ci. Une discussion ouverte autour de la place de chacun dans les filières et les dispositifs d'échange est aussi indispensable pour préserver une bonne logique d'ajustement mutuel. Les réseaux sont en quelque sorte à l'origine d'autre institutionnalisation sur un mode différent et plus diffus.

CONCLUSION

Organisations impliquant une grande diversité d'acteurs, les réseaux constituent un bon marqueur de l'évolution du système sanitaire français. Ils constituent une des voies qui permettent à celui-ci de dépasser ses lacunes en termes d'organisation et de régulation. Cependant, ils ne peuvent précisément développer leur potentiel qu'à condition que l'ensemble du système se réforme. En effet, leur supervision, leur financement et la collaboration de leurs membres sont encore entravés par les divisions qui ont marqué la construction du secteur sanitaire. Peut-être contribueront-ils par leurs besoins et demandes spécifiques à la disparition de certaines incohérences.

Pour les établissements de santé, ces réseaux constituent davantage qu'une officialisation des filières dont ils étaient déjà partie prenante. Ils représentent une opportunité de formaliser davantage une réflexion sur leur positionnement dans le système de soins et de santé, qui doit être un des éléments fondateurs de l'émergence des projets médicaux et des projets d'établissement. Ces prises en charge sont désormais davantage conçues comme des actions gérées par l'ensemble des membres de l'institution, permettant la mise en cohérence de toutes leurs dimensions (organisation des activités médicales, finances, logistique).

S'agissant d'un établissement universitaire, ces aspects stratégiques prennent une coloration particulière, eu égard à la position et à la dimension de l'institution et à la diversité des métiers qui la composent. Au CHU de Besançon, les effets constatés des réseaux font apparaître à la fois un renforcement des activités des activités spécifiques et une plus grande perméabilité à des préoccupations moins habituelles. Il est possible d'avancer que ces nouveaux modes de relations facilitent la gestion des évolutions de l'environnement par l'hôpital, en lui donnant à cette fin des informations et des instruments utiles.

Investi de facto et dès l'origine d'un rôle particulier au sein des réseaux, le CHU peut tirer parti de sa centralité dans les filières pour l'accomplissement de ses missions, tout en occupant une place qui favorise l'investissement de ses partenaires dans les projets. La réalité des liens noués entre les acteurs et l'équité de la répartition des rôles semble en effet être une des clés de la réussite de ces actions, car celles-ci auront d'autant plus d'impact qu'elles attireront à elles des partenaires nombreux et divers, et que ceux-ci s'impliqueront dans la vie des réseaux et l'application des procédures élaborées par les membres.

Par la suite, la pratique et son évaluation indispensable montreront si ces projets présentent un apport substantiel dans les prises en charge. Mais il semble bien que les réseaux représentent en Franche-Comté un investissement plus durable, qui a vocation à transformer la façon dont les professionnels échangent mutuellement des informations médicales et des expertises. La transformation possible des Agences régionales de l'hospitalisation en Agences régionales de santé est d'ailleurs susceptible de générer des collaborations encore plus larges, revenant de façon historique sur les fractures générées dans la construction du système sanitaire et social actuel. Un des écueils à éviter sera alors la lourdeur excessive des relations au sein de ces réseaux, qui détruirait l'avantage constitué par l'institutionnalisation des collaborations. Au contraire, conserver une certaine souplesse à ces organisations peut s'avérer très bénéfique, en permettant au système de santé de réguler les relations d'acteurs autonomes et porteurs de projets innovants.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

CHARVET-PROTAT (S.) CASTRA (L.), Réseaux de soins : vers le développement d'une nouvelle logique pour l'organisation de l'offre de santé, *Perspectives sanitaires et sociales*, n°155, pp.13-23.

CLAVERANNE (J.-P.) PASCAL (C.), Complémentarité et réseaux. De la métaphore à la pratique, *Journal d'économie médicale*, Paris, 2001, Vol.19, n°5-6, pp.331-348.

CORVEZ (A.) DUJOLS (P.) HEVE (D.) VIGNERON (E.), Place et rôle des CHU et CHR, *Actualité et dossier en santé publique*, Paris, 29 Décembre 1999, pp.55-57.

DUPRE (C.), Les réseaux vus de l'hôpital, *Actualité et dossier en santé publique*, Paris, n°24, Septembre 1998, pp.30-34.

ECHARDOUR (G.), Organisation et management des hôpitaux universitaires, *Techniques hospitalières*, Paris, n°617, Juin 1997, pp.42-46.

FRANCHISTEGUY (I.), L'Hôpital-réseau : comment l'Hôpital sort de ses murs, *Actes du 14^{ème} Congrès d'études basques*, 1998, pp.153-155.

GILIBERT (P.), Réseaux de santé et filières de soins. Les réseaux et l'hôpital, *Actualité et dossier en santé publique*, Paris, n°24, Septembre 1998, pp.35-36.

GOGUEY (M.), GEFFROY (L.), Réseaux et agence régionale de l'hospitalisation. Expérience de deux années en Franche-Comté, *Revue médicale de l'Assurance Maladie*, Mars-Avril 1999, pp.75-80.

GREMY (F.), Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés, *Actualité et dossier en santé publique*, Paris, n°24, Septembre 1998, pp.26-29.

GREMY (F.), Réseaux de santé, symptôme et moyen de la recherche de qualité, *Actualité et dossier en santé publique*, Paris, n°35, Juin 2001, pp.74-77.

HUARD (P.) MOATTI (J.-P.), Introduction à la notion de réseau, *Gestions hospitalières*, Paris, Décembre 1995, pp.744-750.

LARCHER (P.), Les enseignements des réseaux existants, *Actualité et dossier en santé publique*, Paris, n°24, Septembre 1998, pp.21-26.

LAUNOIS (R.) MAJNONI D'INTIGNANO (B.) RODWIN (V.) STEPHAN (J.C.), Les réseaux de soins coordonnés : propositions pour une réforme profonde du système de santé, *Revue française des affaires sociales*, vol.1, Paris, 1985.

LAUNOIS (R.), Les réseaux de soins coordonnés, une autre idée du libre choix, in *Des remèdes pour la santé - pour une nouvelle politique économique de la médecine*, Masson, Paris, pp.78-84.

LEPLUMEY (T.) LE COUTOUR (X.), Planification sanitaire et aménagement du territoire. La place d'un CHU, *Gestions hospitalières*, Paris, Décembre 1995, pp.764-766.

NAIDITCH (M.) OBERLIN (P.), Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital ?, *Gestions hospitalières*, Paris, Décembre 1995, pp.739-746.

TEIL (A.), Réseaux : performances potentielles et performances affichées, *Journal d'économie médicale*, Paris, 2001, Vol.19, n°5-6, pp.350-358.

VINAS (J.-M.), L'avènement des réseaux. De la tuberculose aux ordonnances de 1996, *Actualité et dossier en santé publique*, Paris, n°24, Septembre 1998, pp.13-14.

Ouvrages

BAKIS (H.), *Les réseaux et leurs enjeux sociaux*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993, 127 p.

BINST (M.) SCHWEYER (J.-F.), *La santé otage de son système*, Paris, InterEditions, 1995, 190 p.

CONTANDRIOPOULOS (A.-P.) (et alii), *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*, Paris, John Libbey Eurotext, 1996, 317 p.

CREDES et Groupe IMAGE-ENSP, *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*, Paris, CREDES, 2001, 73 p.

CREMADEZ (M.) GRATEAU (F.), *Le management stratégique hospitalier*, Paris, InterEditions, 1997,

DEGENNE (A.) FORSE (M.), *Les réseaux sociaux*, Paris, Armand Colin, 1994, 288 p.

HART (J.) MUCCHIELLI (A.), *Soigner l'hôpital. Diagnostics de crise et traitements de choc*, Paris, Lamarre, 1994, 189 p.

JOLLY (D.) PUZIN (D.), *La juste place des hôpitaux universitaires dans les systèmes de santé*, Paris, Flammarion, 1996, 102 p.

LARCHER (P.) POLOMENI (P.), *La santé en réseaux. Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*, Paris, Masson, 2001, 185 p.

LEMIEUX (V.), *Réseaux et appareils*, Québec, Edisem, 1982.

VALLET (G.) (coord.), Conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires, *Le management des centres hospitaliers universitaires*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 1998, 132 p.

Site Internet

Site ressource du réseau santé Sud Yvelines : www.ressy.org

Liste des annexes

(annexes non publiées)

1) Exemple de projet de réseaux :

réseau d'urgences neurologiques RAIDS-UN

2) Exemples de conventions constitutives :

- oncologie
- périnatalogie