



**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2007 –

**« QUELLE MUTUALISATION  
DES RESEAUX DE SANTE ? »**

– Groupe n° 3 –

- **BORETTI Françoise**
- **CORDEIL Roxane**
- **COZETTE Sylvie**
- **DIAKITE Bakary**
- **DOUCET Valérie**
- **GALLET Bruno**
- **LAUBERT Martine**
- **LEBRERE Antoine**
- **LUCENO Jean-Claude**
- **MARCHANDET Sophie**
- **PRUDHOMME Gilles**

*Animateur*

– *Dr Alain BERARD*

---

# Sommaire

---

<b>Méthodologie de travail</b>	<b>1</b>
<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>1 La mutualisation des réseaux : concepts et scénarios</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Les déterminants de la mutualisation</b>	<b>6</b>
1.1.1 Poursuite de l'amélioration de la continuité des soins et de la globalité de la prise en charge	8
1.1.2 Renforcement de la structuration des trajectoires de soins et du parcours patient	8
<b>1.2 Les différentes formes de la mutualisation</b>	<b>9</b>
1.2.1 La mutualisation thématique	10
1.2.2 La mutualisation territoriale	11
<b>2 Les avantages et les limites de la mutualisation</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Les avantages et les plus-values de la mutualisation</b>	<b>12</b>
2.1.1 La mutualisation des moyens techniques et administratifs : perspective de réalisation d'économies d'échelle ?	12
2.1.2 Les enjeux de l'harmonisation des systèmes d'information.	13
2.1.3 La mutualisation des compétences : perspective lisible et claire pour « travailler mieux, travailler autrement »	14
<b>2.2 Les limites et les inconvénients à la mutualisation</b>	<b>15</b>
2.2.1 La perte de l'identité fondatrice et d'une culture partagée	15
2.2.2 Un financement instable et non pérenne	16
2.2.3 Des pratiques professionnelles divergentes difficilement associables	16
2.2.4 La tendance monopolistique et les actions de proximité	17

<b>3</b>	<b><i>Les opportunités et contraintes juridiques, culturelles et sociologiques</i></b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Les outils, opportunités et contraintes juridiques</b>	<b>18</b>
3.1.1.	La structuration juridique progressive des réseaux de santé et des parcours de soins : incitations à la mutualisation ?	19
3.1.2.	Le nouveau dispositif d'organisation de l'offre de soins : promotion d'une approche territoriale des réseaux de santé ?	21
<b>3.2</b>	<b>Problématique culturelle et sociologique</b>	<b>21</b>
3.2.1	Du jeu des acteurs à des enjeux de pouvoir	22
3.2.2	Des modalités managériales innovantes	24
	<b>Conclusion</b>	<b>27</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>29</b>
	<b>Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe</b>	

---

# Remerciements

---

L'ensemble du groupe tient à remercier le Docteur Alain BERARD, directeur médical du Réseau de Santé Paris - Nord pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée sur la méthodologie de notre travail et sur la réflexion du groupe.

Nous remercions toutes les personnes rencontrées en entretien pour nous avoir consacré de leur temps et nous avoir donné un éclairage sur l'histoire des réseaux et leur mutation actuelle vers la mutualisation. Ces échanges ont été profitables, tant pour l'apport dans la réalisation de notre travail que d'un point de vue de l'enrichissement personnel.

Un remerciement plus particulier à Monsieur François-Xavier SCHWEYER pour l'aide méthodologique apportée.

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
CNEH : Centre National d'Expertise Hospitalière  
CSP : Code de la Santé Publique  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre des Soins  
DMP : Dossier Médical Personnel  
DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux  
ES : Etablissement de Santé  
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville  
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins  
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
GCSMS : Groupement de Coopération Social et Médico-Social  
GIE : Groupement d'Intérêt Economique  
GIP : Groupement d'Intérêt Public  
HAS : Haute Autorité en Santé  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation  
MRS : Mission Régionale de Santé  
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie  
SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs  
SIH : Syndicat Inter Hospitalier  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

## **Méthodologie de travail**

Ce Module InterProfessionnel de Santé Publique est composé de deux Directeurs de Soins (D.S.), deux Directeurs d'Hôpital (E.D.H.), deux Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (I.A.S.S.), un Médecin Inspecteur de la Santé Publique (M.I.S.P.), quatre Directeurs d'Etablissement Sanitaire et Social (D.E.S.S.). Ce travail a été l'occasion d'une réflexion collective, enrichissante dans la confrontation de nos points de vue et dans l'apprentissage du consensus.

Le groupe de travail souhaite préciser que l'animateur a opéré un changement d'intitulé du sujet, suite à des propositions du responsable du MIP. Initialement, l'atelier n°3 avait pour thème : « Méthodologie pour une sélection des réseaux de santé à financer ». Afin, de ne pas avoir une vision seulement axée sur la politique de financement, Alain BERARD a orienté le thème de recherche vers la mutualisation des réseaux de santé qui recouvrait une dimension de travail plus large et qualitative.

Le thème de travail qui nous est proposé, « Quelle mutualisation des réseaux de santé ? », est une problématique d'actualité car il s'inscrit dans une volonté politique de réforme du système de santé qui conduit à rénover en profondeur les pratiques professionnelles pour une prise en charge du patient - usager plus globale.

Nous avons donc choisi une méthodologie d'interdisciplinarité en valorisant les compétences et les expériences professionnelles de chacun des membres du groupe. Il s'est agi pour nous d'adopter une méthodologie adéquate afin de privilégier les capacités d'analyse, de synthèse et d'adaptation.

Nous avons analysé les impacts de la mutualisation des réseaux de santé à travers un cadre qui nous a permis de suivre un fil conducteur tout en faisant preuve d'ouverture d'esprit et de capacité d'organisation.

Une première séance de travail avec l'animateur nous a permis de poser les bases de la mutualisation des réseaux de santé, d'envisager des pistes de recherche théoriques et conceptuelles, d'identifier les acteurs de terrain préalablement contactés par l'animateur. Nous avons également nommé une référente ayant une mission organisationnelle, logistique, administrative au sein de notre groupe.

Dans un deuxième temps, le groupe a déterminé de façon autonome le programme de travail et la répartition des tâches. La discussion, le débat et l'échange de point de vue nous ont permis l'identification précise d'une problématique et d'un plan. Afin de saisir les

différentes réalités du terrain, nous avons élaboré une grille d'entretien semi-directif pour réaliser des interviews avec neuf acteurs professionnels de Santé Publique.

Le groupe s'est chargé d'organiser des rencontres ou des entretiens téléphoniques et de synthétiser les éléments de leurs discours.

Ensuite, une recherche documentaire au Centre de Ressources de l'ENSP et sur Internet nous a permis de compléter les références bibliographiques proposées par l'animateur et d'affiner notre réflexion sur la mutualisation des réseaux de santé.

Enfin, une mise en commun du corpus recueilli nous a permis d'analyser les résultats et de nous répartir la formalisation des différentes étapes de ce rapport de MIP. Une dernière rencontre interfilière s'est traduite par une homogénéisation de nos propos pour la rédaction ultime de ce travail.

## Introduction

Depuis la fin des années 90, les pouvoirs publics accordent une place très importante aux réseaux de santé dans l'amélioration du système de santé français.

Le réseau, cette nouvelle religion au sens étymologique du terme latin religere, devait, selon les termes des Ordonnances n°96-344 et n°96-345 du 24 avril 1996, répondre à deux types d'objectifs :

- Amélioration de la qualité et de la globalité de la prise en charge des patients par un développement des organisations permettant la continuité et l'adaptation des soins à la personne.
- Rationalisation des dépenses de santé par une efficience accrue des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et une meilleure coordination et mise en cohérence de leurs actions.

Depuis l'ère des pionniers marquée par les premières initiatives émanant des acteurs de terrain pour mieux répondre aux besoins induits par l'épidémie de VIH et la consécration juridique apportée par les ordonnances du 24 avril 1996 qui distinguait à l'époque les réseaux de soins des réseaux «Soubie » expérimentaux, l'environnement institutionnel des réseaux s'est considérablement enrichi et structuré.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a clarifié le régime des réseaux de santé et identifié une modalité de financement par la création d'une cinquième enveloppe de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR), s'ajoutant aux crédits gérés dans le cadre du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

Par ailleurs, les pouvoirs publics ont développé les formules juridiques permettant tant d'encadrer l'activité des réseaux, notamment par la création des groupements de coopération sanitaire suivie par le décret du 6 avril 2006 pour la coordination en matière d'action sociale et médico-sociale, que de rémunérer l'activité des professionnels en leur sein.

Dans ce contexte, les réseaux de santé se sont multipliés pour devenir une réalité tangible et active du système de santé français. Ainsi en 2007, on compte plus de 500 réseaux de santé, financés pour un 1/5 sur le FAQSV et pour 4/5 par la DNDR, qui concourent à la prise en charge de près de 200 000 patients par an.

Simultanément à ce processus continu de structuration juridique et financière permettant la conduite de projets de création dans tous les secteurs de l'offre de soins, s'est affirmée l'idée que les réseaux de santé doivent apporter une véritable plus-value dans la prise en charge des patients pour légitimer leur existence et perdurer.

Cette réflexion sur la légitimité et la plus-value des réseaux de santé dans la prise en charge des patients est née de deux constats :

➤ Les réseaux de santé, malgré leur place désormais incontournable dans l'offre de soins, n'ont pas résolu toutes les défaillances et les carences du système de santé. Les difficultés rencontrées par les réseaux dans leur action, la résistance des cloisonnements professionnels et institutionnels ont conduit les acteurs à réévaluer leur capacité d'antidote aux dysfonctionnements du système de santé. Dans un contexte où l'évaluation tient une place modeste, les plus-values apportées par les réseaux en terme de prise en charge globale, continuité des soins, alternative à l'hospitalisation, éducation et prévention sont très variables.

➤ Les logiques de création et les choix de financement des réseaux ont abouti à une balkanisation des actions de coordination, doublement incompatible avec d'une part, le resserrement de l'enveloppe budgétaire dédiée aux réseaux de santé et, d'autre part, avec la logique d'organisation territoriale énoncée par la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS) et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en matière de réseaux de santé, qui vise comme objectifs le maillage du territoire et la constitution de filières de soins graduée, en lien avec les prescriptions du SROS 3 et des projets médicaux de territoire.

Cette logique d'organisation territoriale fait suite au rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de février 2006 prônant un renforcement du pilotage national et régional afin de réaliser une bonne articulation de l'action des réseaux de santé avec l'offre de soins.

Cette nouvelle approche territoriale et organisationnelle des réseaux de santé, dont le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) aura la responsabilité, par ses choix de soutien financier, dans un contexte budgétaire contraint, amène à poser la problématique de la mutualisation des réseaux.

En effet, la mutualisation des réseaux est la perspective principale permettant tout à la fois de maintenir les dynamiques de prise en charge globales, pluridisciplinaires et transversales portées par les structures de coordination et de constituer un levier de réorganisation leur permettant de répondre aux exigences d'organisation territoriale, de pertinence dans la plus-value apportée aux patients et de contrôle des coûts portées par les pouvoirs publics et l'assurance maladie.

Dans un contexte de rationalisation budgétaire, quelles peuvent être les mutualisations pour les réseaux de santé, compte tenu de la diversité des situations et des projets de coopération déjà amorcés pour répondre aux nouveaux objectifs ?

A partir des différents scénarios de mutualisation (1.), les avantages et inconvénients, ainsi que les limites pour l'activité des réseaux seront analysés (2.), en lien avec les possibilités et contraintes juridiques, culturelles et sociologiques relevées par les acteurs de terrain et les professionnels (3).

# **1 La mutualisation des réseaux : concepts et scénarios**

La question de la mutualisation des réseaux doit d'abord être envisagée par rapport aux objectifs potentiels et aux contraintes ou opportunités liées à cette démarche de réorganisation (1.1.).

Egalement, la mutualisation des réseaux doit être abordée par rapport aux différentes formes qu'elle peut présenter, à travers les modèles théoriques issus des typologies élaborées et les diverses expériences déjà opérationnelles sur le terrain (1.2.).

## **1.1 Les déterminants de la mutualisation**

L'enjeu immédiat de la mutualisation des réseaux est la réalisation pour les structures de coordination d'économies d'échelle. La démarche de mutualisation doit rendre compatible la nouvelle logique des pouvoirs publics de stagnation de l'enveloppe budgétaire dédiée aux réseaux et le maintien des dynamiques existantes. L'enveloppe consacrée aux réseaux a été fixée en 2007 à 170 millions d'euros, représentant une progression de seulement 13%, alors que cette dernière avait été de 200% en 2003, 270% en 2004 et de 20% en 2005. Dans ce contexte, comment à la fois renouveler les autorisations existantes, correspondant à la pérennisation des actions de coordination déjà effectives sur le terrain, et encourager de nouvelles dynamiques, comme le développement de modes d'exercice innovants, les démarches de généralisation de l'accès aux soins ou la modélisation de parcours de soins.

La mutualisation des réseaux, par les démarches de regroupements de secrétariat, d'équipement, de base de données et de partage des compétences, de systèmes d'information et de protocoles de prise en charge qu'elle implique, permet d'envisager de façon réaliste la réalisation d'économies d'échelle et de gains de productivité. Cette perspective d'une plus-value médico-économique par la mutualisation des structures et des financements rendrait conciliable la stagnation des crédits et le maintien des dynamiques existantes.

Le principal motif de mutualisation des réseaux, outre la réalisation d'économies d'échelle et la mise en commun d'effectifs ou d'équipements dans une optique de contrôle des coûts, doit être d'améliorer et de développer les avantages, bénéfiques et plus-values apportés par les réseaux eux-mêmes. L'argumentation en faveur de la mutualisation revient donc à dire que les réseaux, dans leur organisation actuelle, ont rencontré des limites importantes dans leurs actions par rapport aux bénéfices attendus à leur mise en place.

Les réseaux ont, depuis leurs origines à la fin des années 80, comme objectif la coordination de professionnels de santé, qu'ils soient des acteurs sanitaires ou sociaux, dans une perspective de prise en charge globale de patients. En d'autres termes, le réseau, groupement facultatif de coopération, a pour but l'exercice coordonné de fonctions sanitaires et sociales permettant une prise en charge complète et de qualité par la mobilisation des ressources nécessaires à un moment donné pour une prestation donnée.

La réalité des réseaux est plus complexe et les objectifs ci-dessus déclinés ne sont que rarement atteints. Les cloisonnements institutionnels et culturels nuisent à la continuité des soins et les logiques d'orientation actuelle, malgré la multiplication des instances de coordination et d'information, ne permettent pas toujours de constituer des parcours de soins cohérents et harmonieux.

Ainsi, le Haut Comité de la Santé Publique conclut dans son rapport d'octobre 1998 sur l'état de la santé en France :

*« La multiplication des logiques institutionnelles, des structures et des procédures paralyse de plus en plus l'action des professionnels de santé et rend difficile la mise en œuvre d'une logique globale et cohérente. Les cloisonnements entre institutions aboutissent à une segmentation administrative qui devient incompréhensible aussi bien pour la population, notamment en situation de précarité, que pour les professionnels. Pourtant chacun est de plus en plus conscient de la nécessité d'une approche transversale des problèmes associant sanitaire et social, ambulatoire et hospitalier, public et privé.*

*Pour dépasser ces clivages, on ne cesse d'ajouter des dispositifs pour relier les structures, les procédures, les financements et les acteurs. Une part de plus en plus importante de l'énergie collective est ainsi consacrée à franchir des obstacles au prix d'une usure grandissante des professionnels concernés. »*

La mutualisation des réseaux de santé doit permettre de privilégier les « actions » au lieu « d'ajouter des dispositifs ». La mutualisation, que l'on peut définir comme la volonté de partage d'outils et d'informations, de coopération et d'optimisation des moyens et de partage des compétences internes et externes doit avoir pour ambition d'accroître et de répondre à la double exigence de continuité des soins et de globalité de la prise en charge. La mutualisation doit enfin relever le défi, légalement posé par la loi du 13 août 2004, de la structuration de parcours de soins harmonieux et respectueux des deniers de la sécurité sociale.

### **1.1.1 Poursuite de l'amélioration de la continuité des soins et de la globalité de la prise en charge**

La mutualisation des réseaux doit permettre d'adapter les pratiques des professionnels de santé au nouveau contexte de prise en charge marqué par deux évolutions contradictoires.

➤ La mise au point de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques, la tendance continue à la spécialisation, les progrès médicaux et scientifiques aboutissent à un morcellement de la prise en charge du patient et font peser le risque, surtout pour les patients polypathologiques, d'une segmentation dans sa prise en charge et d'un projet de soins dont les composants médicaux, soignants et sociaux seraient mal reliés entre eux.

➤ A l'inverse, la promotion des droits des individus et des besoins des patients ainsi que le développement des objectifs de santé publique imposent la conception d'une réponse de soins de plus en plus complète, englobant l'accès aux soins, le diagnostic, la thérapeutique, l'éducation des patients, la prévention, les suites de soins, le volet médico-social et social.

A cette double tendance de la spécialisation de l'offre de soins et d'un besoin accru de globalité dans la demande de soins, les réseaux de santé thématiques ou locaux n'ont pu que partiellement répondre. Ces organismes de coordination se sont trouvés prisonniers d'une logique de spécialité ou limités par une base de données et de correspondants professionnels géographiquement trop restreinte.

La mutualisation des réseaux peut constituer la réponse à un besoin de mise en relation de compétences multidisciplinaires, variées et parfois hyper spécialisées, exploitant ainsi les ressources et potentialités d'un territoire assez vaste au bénéfice de patients poly-pathologiques nécessitant un accompagnement global, individualisé et évolutif. Cette perspective de mutualisation des réseaux permet d'envisager une réponse de soins graduée.

### **1.1.2 Renforcement de la structuration des trajectoires de soins et du parcours patient**

La mutualisation des réseaux doit aussi permettre de relever le défi de la structuration de parcours de soins, garantissant ainsi aux patients une cohérence d'orientation, de traitement et de suivi de sa pathologie.

Cette idée de structuration de parcours de soins est sous-jacente dès les ordonnances du 24 avril 1996 qui parlent de développement de filières de soins. En 1998, la Coordination Nationale des Réseaux définissait le réseau comme un moyen permettant « *d'harmoniser*

*le parcours d'une personne entre la ville et l'hôpital et de développer une politique d'éducation de la population à l'utilisation du système de distribution des soins ».*

Lorsque l'ANAES, aujourd'hui la Haute Autorité de Santé, a établi les critères d'évaluation que tout réseau de santé ou de soins se doit de respecter, la notion de parcours du patient a été définie comme *«le chemin suivi par le patient tout au long de sa prise en charge par le réseau. La vocation d'un réseau de santé étant de redéfinir un parcours cohérent par rapport à la prise en charge traditionnelle, en offrant des services, en déterminant le bon professionnel de santé afin d'assurer la qualité, la continuité, la coordination et l'accès aux soins».*

La loi du 13 août 2004 donne corps à la notion de parcours de soins, par la création du médecin traitant et du Dossier Médical Personnel (DMP). La conjonction des articles L.161-36-1 et 162-5-3 du Code de Sécurité Sociale aboutit au dispositif suivant : le médecin traitant organise le parcours du patient et le DMP constitue l'outil permettant d'en assurer le suivi.

La convention médicale du 12 janvier 2005, conclue entre l'UNCAM, la Confédération des Syndicats Médicaux Français, le Syndicat des Médecins Libéraux et Alliance, consacrent l'expression de parcours de soins par l'affirmation suivante : *« Améliorer la coordination et la qualité des soins : organiser le suivi médical du patient sur la base de son dossier médical et en définissant les modalités de son accompagnement tout au long de son parcours dans le système de soins ».*

La mutualisation des réseaux, parce qu'elle favorise l'émergence d'un correspondant commun pour plusieurs types de pathologies et sur un territoire plus vaste pour les professionnels de santé de ville, comme l'explique un médecin consultant spécialisé en santé publique, rend plus réaliste la perspective de constitution et de modélisation de parcours de soins par pathologies ou pour un secteur géographique donné.

De plus, la mutualisation des réseaux, prônée par la circulaire du 2 mars 2007 s'insère dans un contexte où les pouvoirs publics souhaitent que les réseaux de santé fassent partie intégrante de l'offre de soins, en lien avec les projets de territoire.

## **1.2 Les différentes formes de la mutualisation**

Si l'on tient compte de l'historicité des réseaux constitués autour de professionnels militants en faveur d'une population d'exclus du système de soins, ou de professionnels ayant perçu la nécessité d'un espace d'échanges de pratiques et de connaissances essentiellement autour d'une pathologie, il en ressort rapidement une classification des réseaux en deux typologies : les réseaux populationnels (toxicomanes, personnes en

situation de précarité, personnes âgées,...) et les réseaux thématiques (diabète, cancer,...).

La typologie des différentes formes de mutualisation des réseaux est différente. A partir des entretiens auprès des financeurs et des promoteurs de réseaux, deux typologies de mutualisation de réseaux ont été mises en évidence : la mutualisation thématique et la mutualisation territoriale.

### **1.2.1 La mutualisation thématique**

La mutualisation thématique consiste à construire une coordination à partir d'une pathologie précise. La mutualisation des expériences, des compétences y tient une place prépondérante.

Les réseaux thématiques mutualisés ont permis la définition de protocoles de soins, l'émergence de réflexions sur des thèmes comme le dossier du patient, la tarification des actes, le cahier des charges de l'évaluation externe, les rémunérations spécifiques. Les créations de Fédérations de réseaux comme par exemple en Ile-de-France, RESPALIF pour les soins palliatifs, le Réseau Régional de Cancérologie (ONCORIF) sont issues de cette conception de la mutualisation.

Une des formes prises par la mutualisation thématique des réseaux est la fédération. Il s'agit d'une forme organisée de mutualisation proposant un appui aux professionnels de santé pour organiser le parcours de soins des patients pour une pathologie donnée et/ou plusieurs pathologies liées.

Ainsi la fédération Association Nationale de Coordination des REseaux Diabète (ANCRED) propose une offre de services aux médecins traitants afin qu'ils puissent orienter leurs patients dans le système de soins. Ses actions se concentrent notamment sur l'éducation thérapeutique et préventive, l'accompagnement et le suivi des patients, le décloisonnement des structures publiques/privées et la formation à destination des professionnels de santé.

Les réseaux par spécialité ne permettent pas d'aborder la problématique des patients polyopathologiques et contribuent difficilement à effacer la frontière entre le secteur sanitaire et le secteur social.

Cette double limite est en contradiction avec les axes qui conditionnent le mode de financement prescrit par la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

La mutualisation thématique, en ce qui concerne les fédérations, a été compromise dans sa mise en œuvre par le dispositif antérieur de financement qui prévoyait une dotation

temporaire d'une année sur un projet spécifique. Ce dispositif n'est pas reconductible car la décision de financement est liée au management d'un projet innovant.

### **1.2.2 La mutualisation territoriale**

Cette deuxième forme de mutualisation se définit par rapport à l'offre de soins et consiste en la mise en commun de ressources sur un territoire donné. En d'autres termes, il s'agit de capitaliser, par un processus de maturation, un ensemble d'idées, de cultures, de pratiques sur un territoire donné.

Le réseau Emile Nord Yvelines, réseau polypathologiques de maintien à domicile, initialement réseau gérontologique, a progressivement enrichi le champ de sa coordination pour intégrer les activités connexes, comme la prise en charge des patients atteints de maladies cancéreuses et l'organisation des soins palliatifs.

Autre exemple de mutualisation territoriale et transversale à plusieurs pathologies, le réseau « Onco 92 Sud » est un regroupement de réseaux gérontologiques et oncologiques avec le développement en cours d'une prise en charge en soins palliatifs, dans une perspective prochaine de fusion et de constitution d'un réseau unique.

La mutualisation territoriale permet une mise en commun plus élargie que la mutualisation thématique. En effet, elle peut concerner tout d'abord les locaux, le secrétariat, l'accueil, mais aussi, de façon plus ambitieuse, le système d'information, le partage de compétences détenues par certains professionnels (neuropsychologue, ergothérapeute, diététicien, kinésithérapeute, etc.).

La mutualisation territoriale des réseaux peut également prendre la forme d'une véritable structuration par filières de prise en charge dotées d'une base administrative et managériale commune, en charge de la gestion et de l'optimisation des financements alloués pour l'ensemble des activités.

Le réseau Paris nord est un modèle de champs de pathologies progressivement agrégées autour d'une structure administrative commune guidant les professionnels concernés vers des modes de prise en charge concertés. L'aboutissement est la constitution d'un guichet unique.

Le réseau Paris Nord, par l'ajout progressif de thématiques (viroses, addictions, personnes âgées, diabète, cancérologie et prochainement soins palliatifs), constitue un interlocuteur polyvalent, avec une assise territoriale large et des ressources diversifiées dans l'accompagnement des patients et la mise en liaison des professionnels du secteur sanitaire, tout comme du secteur social ou médico-social.

L'approche territoriale semble alors apporter plus d'avantages que l'approche thématique. Envisager la mutualisation au niveau du territoire permet aux patients et aux professionnels de santé de disposer d'une offre de prise en charge pluridisciplinaire dans un territoire. Cette mutualisation territoriale contribue à l'amélioration de la prise en charge du patient en amont et en aval de l'hospitalisation. Elle permet une meilleure coordination des structures et assure une plus grande fluidité du parcours de soins.

Pour les professionnels de santé, la mutualisation territoriale permet de connaître sur leur territoire environnant toute l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale au bénéfice des patients, notamment polypathologiques. Or, cette connaissance devient cruciale dans une perspective de vieillissement de la population développant de multiples pathologies.

Enfin, la mutualisation par territoire des réseaux facilite l'actualisation des connaissances, évite l'isolement et permet de développer des pratiques de « staff » adaptées à l'exercice de ville.

La mutualisation territoriale est une greffe dont on peut penser qu'elle apporte une plus-value plus importante. Et qui amène à un regroupement de réseaux thématiques ou populationnels permettant une zone de partage de pratiques, d'exigences ou de pilotage de projet.

## **2 Les avantages et les limites de la mutualisation**

### **2.1 Les avantages et les plus-values de la mutualisation**

Les avantages de la mutualisation sont actuellement pressentis, même si les expériences de terrain ne permettent pas une évaluation, sinon pertinente, au moins quantitative.

Pour les professionnels de santé, comme pour les financeurs, seule une évaluation médico-économique pourrait confirmer l'impact positif de ces mutualisations en terme financier, en terme de pratiques professionnelles et de qualité de prise en charge.

Cependant il est possible de dégager aujourd'hui plusieurs catégories d'avantages qui recouvrent à la fois le champ de l'organisation technique et de l'organisation des compétences des acteurs de réseaux.

#### **2.1.1 La mutualisation des moyens techniques et administratifs : perspective de réalisation d'économies d'échelle ?**

Toute entreprise de rationalisation budgétaire s'interroge au sujet des économies d'échelle qui pourraient être réalisées.

Ainsi, la mutualisation des réseaux peut s'entendre du point de vue de leurs équipements, comme la mise en commun de locaux et de l'infrastructure logistique nécessaires à leur

fonctionnement. Ceci est possible, voire souhaitable pour les réseaux de proximité, tout autant que pour les réseaux thématiques oeuvrant sur des problématiques communes ou non.

Comme le souligne un chargé de mission « Réseaux de santé » auprès de l'URCAM « *il paraît absurde de financer trois locaux sur un même territoire ou de financer trois coordinations administratives* ».

Il en est de même pour les personnels administratifs dont la mutualisation entre les différents réseaux d'un même territoire est souhaitable.

La mutualisation des équipements renforce les capacités des réseaux à disposer des infrastructures requises à leur développement. Il apparaît ainsi particulièrement utile de pouvoir mettre à disposition des professionnels des lieux dédiés à l'échange, aux rencontres et aux actions de formation.

Enfin, cette mutualisation des équipements permet l'accès des adhérents à différents réseaux par l'intermédiaire d'un guichet unique. Celui-ci est un réseau mutualisé généraliste qui offre aux professionnels la possibilité d'un accès à des réseaux de soins multi thématiques avec un seul interlocuteur. Ce guichet ouvre la perspective de rendre l'accès aux prestations plus aisé.

### **2.1.2 Les enjeux de l'harmonisation des systèmes d'information.**

A l'heure actuelle, les systèmes d'information utilisés par les différents réseaux sont très hétérogènes. Le sociologue, François-Xavier SCHWEYER rapporte que « *dans une région, les médecins utilisent 27 logiciels différents pour effectuer les mêmes tâches* »<sup>1</sup>. L'avantage de la mutualisation devra permettre de développer un outil commun.

Celui-ci peut être un avantage pour les professionnels de santé du point de vue des échanges d'informations en vue d'une meilleure complémentarité, notamment connaître toutes les pathologies et les traitements des patients. Cela évite des examens médicaux redondants et favorise le partage de protocoles, la mutualisation d'annuaires de professionnels et des programmes de formations. Une traduction expérimentale réalisée en Guadeloupe consiste dans le développement d'un système d'informations uniformisé chez tous les généralistes avec message d'alerte (sous forme d'un pop-up) pour un patient déjà en réseau ou qui pourrait en bénéficier.

Dans sa forme la plus aboutie, cette hypothèse devrait permettre la convergence des dossiers cliniques entre Ville et Hôpital.

---

<sup>1</sup> « Les réseaux de santé. L'outil qui cache la réforme ». in *Actes du colloque « Approches sociologiques de la médecine générale: état des recherches récentes et perspectives »*, Rennes, 7-8 juin 2006.

### 2.1.3 La mutualisation des compétences : perspective lisible et claire pour « travailler mieux, travailler autrement »<sup>2</sup>

Le Chargé de Mission de l'URCAM souligne « *la demande des professionnels de santé de ne pas avoir à adhérer à plusieurs réseaux. Ils sont en attente de simplification avec un seul réseau* ». En effet, on peut imaginer que le partage des compétences au sein d'un réseau unique permet d'apporter un certain nombre d'optimisations.

Du point de vue de la formation continue, le professionnel adhérant à un réseau mutualisé enrichit ses compétences d'action collective par l'intermédiaire des formations pluridisciplinaires qui lui sont proposées. Par cette diversité d'offres de formation, le réseau mutualisé ne peut que favoriser l'élargissement de son recrutement de professionnels. Selon un médecin spécialiste des réseaux de santé dans un Centre Hospitalier Universitaire, seulement 20 à 25 % des médecins généralistes adhèrent à un réseau de santé sur l'Île de France.

Dans la perspective de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), et de la possibilité pour les réseaux de devenir organismes agréés, les adhérents tireront un avantage d'autant plus conséquent de leur affiliation aux réseaux mutualisés (points EPP).

En outre, le rapprochement entre plusieurs réseaux permet une rationalisation des groupes de travail qui vont réfléchir sur des sujets transversaux (élaboration du cahier des charges pour l'évaluation externe, définition de protocoles de soins,...). Il s'agit d'associer à une économie de moyens, la richesse des débats. Ceci permet aux professionnels de santé de « gagner du temps patient », selon l'expression du chargé de mission de l'URCAM en s'épargnant la multiplication des groupes de travail sur un même sujet.

D'autre part, comme le souligne un membre de la Direction du Centre National d'Expertise Hospitalière (CNEH) les réformes de l'hôpital ou celles de la médecine de ville « *n'ont pas pris en compte toute la population intermédiaire (pathologies chroniques, personnes âgées...)*. C'est là, la spécificité et l'apport des réseaux. ». C'est ainsi que certains réseaux offrent des prestations spécifiques (psychologue, pédicure-podologue, actes d'évaluation de la douleur...) qui auraient vocation à être présentes ponctuellement sur un éventail large de pathologies, objectif que la mutualisation permet d'atteindre.

En pratique, une intervention occasionnelle de ces compétences dans des réseaux unithématiques est peu réalisable (les ressources et les besoins du réseau ne lui permettant pas d'offrir une quantité de travail suffisamment attractive pour le professionnel).

---

<sup>2</sup> Selon l'expression de François-Xavier SCHWEYER

La mutualisation permet de mettre en commun « des professions rares », tant sanitaires que sociales et médico-sociales. L'implication de ces professionnels est déterminante dans le rôle de coordination du réseau pour l'accompagnement médico-psycho-social.

La mutualisation constitue en outre une opportunité de professionnaliser les coordonnateurs et gestionnaires de réseaux. En effet, actuellement la fonction de coordination au sein d'un réseau isolé est un métier à temps partiel, parfois bénévole, exercé par des professionnels de santé de formations différentes (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux). Toutefois, la coordination est devenue une fonction à part entière qui peut s'exercer à temps plein dans le cadre d'une mutualisation.

L'apparition des formations spécifiques<sup>3</sup>, concernant la fonction de coordination mais aussi la fonction d'« ingénierie des réseaux », vient confirmer l'émergence de nouveaux métiers spécifiques à l'activité des réseaux. La mutualisation des moyens financiers permet le recrutement de ces nouvelles compétences propres à renforcer la professionnalisation des réseaux de santé.

## **2.2 Les limites et les inconvénients à la mutualisation**

Même si le constat peut être fait que la mutualisation des réseaux de santé peut apporter un modèle d'organisation souple permettant d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins et d'apporter une réponse à l'évolutivité constante du système de santé, des éléments négatifs sont notables. En effet, la mutualisation est aussi un bouleversement des ancrages historiques des réseaux de santé et par conséquent peut induire des limites à la mutualisation et engendrer des inconvénients.

### **2.2.1 La perte de l'identité fondatrice et d'une culture partagée**

Un des freins à prendre en compte est le frein culturel. En effet, la naissance d'un réseau vient principalement de l'impulsion d'acteurs de terrain qui marque le réseau de leur empreinte. La mutualisation des réseaux et donc le mélange des représentations vont à l'encontre de cette vision fondatrice des réseaux. Les fondateurs d'un réseau ont des difficultés à laisser la base de leur travail à une organisation plus large et correspondant peut être moins à ce qu'ils avaient construit.

Mais aussi, plus globalement, il manque à la mutualisation de réseaux de santé le « mythe fondateur partagé », base de l'efficacité de toute organisation et qui a fait le succès du développement des réseaux de santé.

---

<sup>3</sup> M.ROBELET, M. SERRET, Y. BOURGUEIL. « *La coordination dans les réseaux de santé* » Revue Française des Affaires Sociales n°1 Janvier-Mars 2005

Dans ce contexte, on voit mal les « leaderships » des premiers réseaux constitués sur la base d'un militantisme fort, renoncer à leur zone de pouvoir et d'influence pour céder aux contraintes résultant d'un regroupement générant la dilution voire l'effacement des uns au profit des autres.

Comme le fait observer un directeur d'un réseau de santé mutualisé, ces derniers constitués sur une entité territoriale à connotation politique sont difficilement associables tels que les centres de santé à forte influence municipale.

### **2.2.2 Un financement instable et non pérenne**

Par ailleurs, la question du financement constitue un blocage institutionnel à la mutualisation des réseaux dans le sens où l'enveloppe dédiée aux réseaux n'est pas pluriannuelle et variable (un an pour les fédérations et trois ans pour les regroupements) ne permettant pas le développement de projets durables.

Du fait de la non reconductibilité et la multiplicité des fonds, les dirigeants des réseaux de santé vont saisir les opportunités et développer des stratégies de captation des financements au détriment d'une mutualisation fondée sur les besoins de la population.

Ces disparités de financement peuvent concourir à des inégalités de l'offre de soins, des pratiques, inégalités des démographies médicale et soignante pour aboutir à des inégalités de prise en charge.

Enfin, le problème de la rémunération des praticiens libéraux se pose dans le développement de la mutualisation des réseaux : Il existe un frein de la part des praticiens libéraux à porter le projet de mutualisation, car aujourd'hui la nomenclature de rémunération ne prend pas suffisamment en compte le temps accordé à la coordination des actions, ainsi que toutes les actions d'éducation à la santé et d'accompagnement pratiquées par les professionnels paramédicaux.

### **2.2.3 Des pratiques professionnelles divergentes difficilement associables**

La mutualisation demande une nécessaire mise en commun des pratiques professionnelles mais aussi et surtout des outils et des moyens de coordination qui sont aujourd'hui très hétérogènes selon les réseaux.

On note une absence de culture commune de partage de l'information et des connaissances. Les pratiques professionnelles restent donc très cloisonnées.

Une des difficultés à la mutualisation des moyens logistiques et à la naissance d'un système d'information unique provient de l'incompatibilité des différents systèmes d'information. En effet, le niveau d'informatisation des réseaux n'est pas homogène, notamment dans le recueil de données concernant des adhérents. On peut ainsi citer l'exemple de la Bretagne où coexistent 27 systèmes d'informations incompatibles, qui ne permettent pas un recensement fiable et exhaustif fourni par les adhérents.

La prise en charge d'un patient dans un réseau de santé pluridisciplinaire rend nécessaire le partage des informations du dossier patient pour assurer une réelle continuité de soins. Ceci est d'autant plus vrai que la mutualisation des réseaux s'étend aux champs sanitaire et social.

Plus encore, l'outil informatique pose le problème de l'éthique et du droit par la question du « secret partagé ». Le secret professionnel (code de déontologie médicale de 1995, code de l'infirmière de 1978, article 378 du code pénal concernant notamment les médecins, les chirurgiens, les pharmaciens) concerne tous les acteurs directs ou indirects. La rétention ou la diffusion des informations peut être préjudiciables aux patients et au réseau lui-même. En réalité la notion de secret de groupe relève plus d'une exigence de discrétion que de secret. Cette difficulté déjà connue au niveau du développement des réseaux n'a pas été résolue par l'ordre des médecins et met d'autant plus en difficulté la mutualisation des réseaux de santé.

De plus, la mutualisation peut être comprise par les praticiens comme un jugement par leurs pairs sur leur façon d'exercer. Cela est d'autant plus vrai dans le cas d'une mutualisation des réseaux monopathologiques où ce partage de compétences suppose d'accepter une remise en question des pratiques professionnelles selon les principes d'auto évaluation et d'évaluation.

En l'absence d'une culture commune d'évaluation quantitative ou qualitative, participative ou d'expert, la mutualisation des réseaux risque d'engendrer ou de renforcer une culture de communication promotionnelle.

#### **2.2.4 La tendance monopolistique et les actions de proximité**

L'action des réseaux vise le plus souvent une population ou une thématique sur un territoire donné. Cette dimension territoriale qui génère une appropriation du réseau par les acteurs locaux (collectivités territoriales, professionnels locaux) est associée à une bonne connaissance du terrain, facilitant ainsi les relations avec les usagers et la mise en place d'actions de santé, qu'il s'agisse d'une consultation d'accès aux soins pour les publics précaires, ou d'interventions auprès de publics captifs sur des actions d'éducation pour la santé.

La mutualisation, de par sa vocation multiterritoriale ou multithématique, est susceptible de rompre cette homogénéité d'actions, de dynamique des professionnels et d'usagers dans des interventions de santé qui nécessitent à tous les niveaux une lisibilité des acteurs et une appropriation par les bénéficiaires. Ces éléments sont surtout essentiels notamment en ce qui concerne la prise en charge de populations dites « précaires » et les actions de prévention.

Toujours pour ne citer que l'exemple de la précarité, le retour au système de soins pour une frange de la population exige souvent que soit nouée une relation de confiance rendant possible un accompagnement médico-social. Après cette étape, il est attendu du réseau de santé qu'il maintienne le patient dans le maillage médico-social et que sa circulation s'y effectue de façon fluide et optimale, sans générer une multiplication des lieux d'adressage et donc en favorisant l'entrée directe chaque fois que possible.

La crainte que l'on peut avoir, dans la perspective d'une mutualisation non « maîtrisée », est la naissance de blocs de « monopole » avec des effets limitant l'éclosion ou le développement d'initiatives locales, certes pas toujours professionnelles, mais ayant l'avantage d'initier une démarche participative des usagers et une meilleure adéquation entre l'offre et la demande.

La création de bloc « monopole » généré par la mutualisation risque de renforcer ou tout au moins de maintenir en l'état le cloisonnement existant, et ce avec une perte d'identité, une disparition des petites structures, la préservation des zones d'influence.

Enfin, cette tendance au regroupement et de facto à l'institutionnalisation des réseaux risque d'amplifier ce que les sociologues appellent « l'organisation des nœuds », renforçant la logique des « milles feuilles » dans laquelle chaque acteur fait prévaloir ses résultats et sa sphère d'influence. Une telle démarche si elle peut être lisible par les professionnels de santé avec le guichet unique risque d'exclure les usagers dans la composante de leur participation et de leur appropriation des initiatives mises en place.

### **3 Les opportunités et contraintes juridiques, culturelles et sociologiques**

#### **3.1 Les outils, opportunités et contraintes juridiques**

Les récents développements de l'environnement juridique des réseaux de santé peuvent constituer un levier à la mutualisation des structures de coordination à un double titre :

- Le développement de la structuration juridique des réseaux de santé et la nouvelle logique de parcours de soins créent les outils pour l'incitation au regroupement des professionnels et établissements de santé dans le cadre d'unités de coordination fonctionnelles et responsables.
- La notion de territoire de santé issue de l'Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-

sociaux soumis à une autorisation constitue un nouveau socle de réflexion pour les regroupements ou mutualisations de réseaux, qui représentent désormais un élément de l'offre de soins à part entière.

### **3.1.1. La structuration juridique progressive des réseaux de santé et des parcours de soins : incitations à la mutualisation ?**

Basé sur un nouveau rapport aux patients, le cadre juridique rénové incite à penser l'organisation de la santé à partir des trajectoires de soins et des logiques d'orientation des patients.

La loi du 4 mars 2002 relative *aux droits des malades et à la qualité du système de santé* a institué une section « réseaux » dans le Code de la Santé Publique (nouveaux articles L 6321-1 et L 6321-2 du même code) dans le but d'équilibrer la relation médecin-malade. Dans ce cadre, le patient devient co-auteur du système de soins, presque autonome et en règle générale informé. Il lui est possible de décider, en lien avec les professionnels, des traitements qui le concernent. La loi affirme ainsi la place de l'utilisateur dans le système sanitaire aux côtés de l'Etat, de l'Assurance maladie et des professionnels de santé.

Depuis la loi du 4 mars 2002, les textes récents constituent une incitation indirecte aux regroupements des réseaux par l'importance donnée aux trajectoires de soins et filières de prise en charge. Le parcours de soins est précisé par la loi du 13 août 2004 à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale (CSS) : « *Afin de favoriser la coordination des soins [...] indique [...] le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci [...] le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du DMP [...]* ».

L'article L. 161-36-1 du CSS précise : « *Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose [...] d'un dossier médical personnel constitué [...] notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins [...]* ».

Le texte modifie l'organisation des soins et incite à un fonctionnement des acteurs de soins en réseaux, dans la mesure où il implique une prise en charge commune, suscitant toutefois des interrogations quant au régime de la responsabilité des participants et à leurs conditions d'assurance.

L'environnement juridique est également favorable à la mutualisation des réseaux en ce que les pouvoirs publics ont développé les outils de coopération en les rendant plus souples et plus transversaux à l'ensemble des acteurs de santé.

Ainsi, le Groupement de Coopération Sanitaire, forme de coopération créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, a été largement modifié par l'ordonnance précitée du 4 septembre 2003 afin de créer un moyen de coopération qui permette à l'ensemble des professionnels de santé, que ceux-ci soient hospitaliers ou libéraux, du secteur sanitaire ou social, de s'organiser en vue d'une prise en charge globale et continue.

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, l'objet des Groupements de Coopération Sanitaire a été étendu à de nouvelles missions et permet l'intervention de professionnels exerçant dans des établissements membres, ainsi que des professionnels libéraux médicaux. Le groupement peut être autorisé par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation à exercer les missions d'un établissement de santé, même s'il ne dispose pas de cette qualité. Il peut également être autorisé à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux.

De même, l'Ordonnance du 4 septembre 2003, a nettement élargi le champ de compétences possible des membres et couvre désormais les établissements de santé, publics ou privés, les établissements médico-sociaux, les professionnels médicaux libéraux. Des participations plus larges encore sont possibles si elles sont autorisées par le directeur de l'ARH. Les professionnels médicaux libéraux peuvent conclure avec un Groupement de Coopération Sanitaire un contrat d'association au fonctionnement du service public hospitalier.

Enfin, le Groupement de Coopération Sanitaire peut constituer un réseau de santé.

Issu de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code, a été adopté afin de créer les conditions et de favoriser la coopération entre les secteurs sanitaire et social.

Le décret du 6 avril 2006 a notamment défini le régime juridique des Groupements de Coopération Sociaux et Médico-Sociaux (GCSMS) afin de créer un cadre institutionnel souple et adapté à l'action sociale, tenant compte de la place et du rôle spécifique des collectivités et structures associatives spécifiques à ce secteur.

Le texte précise également les règles spécifiques aux Groupements d'Intérêt Public (GIP) et Groupement d'Intérêt Economique (GIE) en matière sociale et médico-sociale afin de rendre possible l'utilisation de ces formules juridiques.

### **3.1.2. Le nouveau dispositif d'organisation de l'offre de soins : promotion d'une approche territoriale des réseaux de santé ?**

L'autre évolution de l'environnement juridique favorable aux mutualisations des réseaux est l'approche territoriale issue des dispositions combinées de l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Ces nouvelles dispositions sur l'organisation de l'offre de soins et son financement témoignent d'une nouvelle appréhension du territoire, favorisant un ancrage plus fort des réseaux de santé parmi les autres composantes de l'offre de soins. Le nouveau dispositif de planification et de tarification des soins donne également plus d'importance à la mise en place de filières de prise en charge ou de trajectoires de soins impliquant à la fois des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Ces deux éléments, valorisation des territoires et mise en place des parcours de soins, vont dans le sens de la mutualisation des réseaux car ils incitent à envisager des regroupements de pathologies sur des territoires plus vastes, afin de modéliser des parcours de soins présentant des caractéristiques communes et de faciliter la pluridisciplinarité de la prise en charge.

## **3.2 Problématique culturelle et sociologique**

Les réseaux se sont constitués à partir de professionnels occupant une position stratégique (médecin, infirmière, etc.) et/ou de bénévoles (associations, familles, etc.). Mais aujourd'hui, le processus de réforme du système de santé français, pousse les réseaux à se mutualiser. La mutualisation n'étant, in fine, qu'un stade de maturation des réseaux, un prolongement, une continuité, sous une forme décrite par les sociologues comme un processus en perpétuel mouvement.

La mutualisation des réseaux de santé doit impérativement prendre en considération la spécificité de chacun des réseaux et également l'environnement dans lequel ils s'inscrivent. Elle apparaît comme une donnée intrinsèque au réseau et les réseaux de santé n'ont pas d'autre alternative que celle de la mutualisation. Il existe cependant un décalage entre les objectifs institutionnels et politiques qui sont dans une logique

d'obligation de résultats quasi immédiate et une réalité de terrain à travers le processus du réseau de santé qui s'inscrit sur du plus long terme.

Le questionnement apporté par les réseaux et leur mutualisation dépasse l'objectif de prise en charge du patient-usager car « *les réseaux introduisent une réflexion en matière d'organisation et de division du travail et instituent la médecine ambulatoire comme partenaire des pouvoirs publics dans le cadre de politiques régionales de santé. [...] les réseaux de santé ne se limitent pas à un outil de coordination mais peuvent être une voie de réforme.* »<sup>4</sup> Il semble nécessaire toutefois de mettre en parallèle les objectifs de mutualisation et les réformes du système de santé (hospitalière, médecine libérale, médico-social et social). En effet, les « *professionnels participent à des dynamiques de réforme progressive et sont potentiellement porteurs de logiques de transformations sociales.* »<sup>5</sup>

Il s'agit de mettre au cœur de cette mutualisation tout le sens de la terminologie « coordination ». Celle-ci s'établit sur différents champs : entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, entre libéraux et hospitaliers, entre médicaux et non médicaux.

Le jeu des acteurs avec des zones et des intérêts à défendre s'articule à travers des enjeux de pouvoir. La mutualisation des réseaux de santé s'opère dans le dépassement des clivages grâce à des modalités managériales innovantes afin de créer du lien pour « donner du sens ».

### **3.2.1 Du jeu des acteurs à des enjeux de pouvoir**

#### 3.2.1.1 La coordination des secteurs sanitaires, sociaux et médicaux sociaux

Un des objectifs premiers de la mise en place des réseaux de santé était de dépasser le clivage entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui est fortement inscrit dans leur histoire respective et qui avait été officialisé à travers différents textes législatifs. La mutualisation des réseaux de santé doit continuer à dépasser cette césure culturelle et sociologique qui positionne de façon symbolique et réelle ces secteurs sur un espace inégalitaire. La nécessité d'une vision holiste du patient, de l'utilisateur ou encore du résident, doit être le mot d'ordre à respecter pour se nourrir d'un enrichissement mutuel et d'une compréhension globale de la prise en charge. De plus, la transversalité est une des solutions aux logiques différentes des acteurs mais elle doit se prémunir d'une supériorité du discours sur l'action.

---

4 François-Xavier Schweyer, « Les réseaux de santé. L'outil qui cache la réforme » in *Actes du Colloque « Approches sociologiques de la médecine générale : état des recherches récentes et perspectives »*, Rennes, 7-8 juin 2006

5 Dans l'ouvrage collectif dirigé par Marie-Hélène CABE, « *Sociologies pratiques* », n°11/2005

En définitive, le langage commun initié et développé par les réseaux de santé et la culture partagée apprise en commun seraient des leviers essentiels dans un contexte de mutualisation des réseaux de santé équitable, équilibré et efficient.

### 3.2.1.2 La coordination libéraux-hospitalier

L'action sanitaire a la primauté de ce questionnement distinguant libéraux et hospitaliers. Au-delà d'une apparente culture commune, d'une éventuelle confraternité, ce qui distingue la sphère libérale de la sphère hospitalière est la notion du rapport au temps. La temporalité libérale s'intègre dans une logique financière et économique avec le paiement à l'acte, qui diffère de la temporalité hospitalière. La mutualisation des réseaux de santé doit prendre en considération cette dimension afin de réduire, voire de faire disparaître les déséquilibres existant entre un médecin libéral et un médecin hospitalier. Il est important que la mutualisation soit le vecteur de relations négociées et égalitaires.

La notion de champ<sup>6</sup> apparaît être un concept opératoire pertinent pour comprendre la mutualisation des réseaux de santé comme espace structuré qui se définit par des enjeux et des intérêts spécifiques. Les différents agents sociaux qui s'investissent en son sein sont détenteurs de différents capitaux : capital social, capital culturel ou encore capital symbolique. Le champ médical n'échappe pas à cette structuration et l'acteur social détenteur de ces capitaux efficients s'engage alors à être le promoteur reconnu de la mutualisation des réseaux de santé. C'est toute la légitimité du pouvoir et de l'autorité qui est en jeu et qui s'inscrit dans une logique charismatique telle qu'elle est présentée par le concept Weberien.

### 3.2.1.3 La coordination médicaux – non médicaux

La tendance à l'émancipation des professions paramédicales s'est développée à travers l'évolution des formations, l'élargissement des compétences professionnelles et a permis d'instaurer une relation égalitaire entre médicaux et non médicaux. Toutefois, cette conception égalitaire heurte encore sur le plan idéologique les médecins. Bien plus, la mutualisation nécessite des compétences organisationnelles plus présentes chez les paramédicaux que chez les médicaux. Ainsi, dans le cas de l'histoire de la profession d'infirmier, il est intéressant de noter l'abolition de la tutelle religieuse et les tentatives toujours en cours d'autonomisation par rapport à la sphère médicale.

D'autre part, les réseaux de santé ont été essentiels dans l'évolution des représentations sociales notamment concernant celles des médecins. Ces derniers, de par leur démarche volontariste et engagée, se sont détachés d'un mandarinat auquel leur histoire professionnelle les avait assignés.

---

6

Ce concept de champ est largement développé dans toute l'œuvre de Pierre Bourdieu

La mutualisation serait alors pertinente si elle préserve les cultures professionnelles et surtout si elle évite les dérives liées à d'éventuelles reconquêtes de pouvoir. Au-delà d'une simple reconnaissance de l'altérité professionnelle, c'est l'existence nécessaire d'un « ciment symbolique »<sup>7</sup> qui donne une impulsion nouvelle à la mutualisation des réseaux de santé. Pour ce faire, la place des acteurs du champ social doit être clairement identifiée et la détermination de leur rôle et de leur action est une condition sine qua none de la mutualisation des réseaux de santé.

### **3.2.2 Des modalités managériales innovantes**

#### 3.2.2.1 D'une nouvelle approche des compétences et des connaissances...

La reconnaissance des compétences professionnelles au sein des réseaux de santé s'inscrit dans une rupture conceptuelle des métiers définis à travers leur qualification qui apparaît nécessaire mais insuffisante. La mise en oeuvre efficiente des compétences dans le cadre d'une mutualisation n'échappe pas au management participatif. Cette méthode apparaît largement adaptée aux réseaux dans la mesure où elle est basée sur la participation du personnel, la mobilisation des ressources humaines en faisant appel à l'initiative, l'autonomie, la responsabilité et l'esprit d'équipe. Elle s'oppose à une vision hiérarchique et disciplinaire de l'organisation. Toutefois, l'un des blocages à la réussite de la mutualisation repose sur le fait que la constitution des réseaux s'est fondée sur des personnalités médicales fortes qui refusent consciemment ou pas l'autonomisation de leur "création". La mutualisation nécessite, pour les professionnels de santé de se comparer entre eux et cela est considéré comme un véritable facteur d'émulation. Le benchmarking est à l'origine de cette approche d'évaluation de sa propre performance par comparaison.

#### 3.2.2.2 ...à un management performant pour et par la mutualisation des réseaux de santé

Le management en tant que démarche et la sociologie des organisations ont mis en avant une approche tout à fait innovante qui peut inspirer la mutualisation des réseaux de santé pour faire face à une multiplication sans fin des sources d'informations et de leurs domaines possibles (patients, protocoles, procédures, innovation technique et technologique). Il s'agit du knowledge management. Centrée au départ sur l'usage des NTIC dans l'entreprise, la notion de knowledge management est devenue un concept global pour désigner les formes de gestion de la connaissance en organisation.

---

7 François-Xavier Schweyer (entretien du 10 mai 2007)

La mutualisation des réseaux de santé perçue comme une forme d'organisation apprenante, « une école de la formation continue »<sup>8</sup>, détient les clefs de son devenir par la mise en oeuvre effective de pratiques : assurer la formation continue du personnel, gérer les données informatiques sur les patients et les usagers, mettre en place un dispositif de veille technologique, créer un centre documentaire, mettre en ligne un agenda collectif informatisé,... L'objectif final étant de disposer de la bonne information au bon moment.

### 3.2.2. 3 ...en créant du lien pour "donner du sens"

La mutualisation des réseaux de santé est génératrice de lien social dans la mesure où les actions et les relations interpersonnelles qui s'y jouent sont porteuses de sens non seulement pour les pratiques professionnelles mais aussi pour une approche holiste de l'individu. C'est en cela que « *Le mot réseau suggère un système relationnel mais cache une autre dimension essentielle, celle du sens de l'action. Or, ce qui justifie la mobilisation, les efforts, l'énergie nécessaire à la promotion des réseaux, c'est une conception du soin qui dépasse la médecine clinique.[...] L'innovation véritable, quand elle existe, consiste à donner un sens à une action collective en mobilisant une notion exogène à la pratique médicale quotidienne : il ne s'agit pas de traiter un malade ici et maintenant mais de penser la prise en charge des malades d'un territoire, dans un avenir proche et dans le cadre d'une politique de santé.* »<sup>9</sup>

Le travail en réseau, et partant, la mutualisation trouvent leur origine dans :

- un patient nouveau : le VIH dans les années 80, mais aussi le vieillissement de la population qui engendre des patients polyopathologiques, des patients ayant une maladie chronique de plus en plus nombreux;
- un professionnel nouveau : décloisonné et devant travailler en pluridisciplinarité.

Mais les réseaux souffrent comme tout le système de santé français d'une superposition d'acteurs, d'un développement trop important et non maîtrisé. Aussi, la mutualisation serait-elle une réponse à la survie des réseaux.

*«Ainsi, le réseau (et sa mutualisation) est une forme organisationnelle innovante qui a une place singulière dans le système de santé. C'est un « changement de paradigme » révélateur d'une prise de pouvoir des patients et de leur entourage revendiquant la prééminence de l'individu singulier face aux professionnels de santé et du social, mais aussi une prise de pouvoir des professionnels refusant leur enfermement dans des*

---

8 François-Xavier Schweyer (entretien du 10 mai 2007)

9 François-Xavier Schweyer, op. Cit.

*pratiques en décalage avec leur vision du métier et la réalité quotidienne de leur action. Les réseaux de santé recréent du lien entre tous les acteurs et redonnent du sens à leur engagement.”<sup>10</sup>*

Le développement de la mutualisation des réseaux de santé tient à un changement culturel profond lié à la volonté d'un « mieux travailler et ensemble » pour rénover le système français de santé. Selon un représentant des usagers<sup>11</sup>, les réseaux de santé sont une réponse, la mutualisation, une réponse plus efficace pour une prise en charge globale du patient et pour une offre efficiente à l'endroit des professionnels du champ de la santé qu'ils soient, médical, paramédical, ou encore social.

---

10 Dans l'ouvrage collectif dirigé par Marie-Hélène CABE, « *Sociologies pratiques* », n°11/2005 ; Article de Gilles POUTOUT, « *Les réseaux en santé : quelles innovations ?* », *Sociologie Pratique*

11 Entretien de Monsieur SOKOLOWSKI, mardi 15 mai 2007 ;

## Conclusion

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé positionne le patient comme coauteur du système de soins. Elle institue aussi une section « réseau » dans le code de la santé publique.

Si le constat en demi teinte sur l'efficacité des réseaux peut être posé dans un contexte de rationalisation budgétaire, leurs objectifs et missions restent toujours d'actualité. Au-delà de la multiplication de dispositifs qui peuvent se superposer, il semble essentiel de privilégier des actions thématiques répondant aux besoins holistiques des individus sur un territoire de santé. Dès lors la mutualisation des réseaux de santé apparaît comme une voie qui s'impose a priori pour des raisons financières mais qui doit également constituer sa propre histoire.

La mutualisation des réseaux est prônée par les pouvoirs publics, pourtant il apparaît que pour les acteurs de terrain que celle-ci doit revêtir des formes multiples. En effet, si l'intégration comme mutualisation des moyens matériels, humains et logistiques répond à une économie d'échelle, elle ne peut en être que le premier niveau. Pour eux, la coordination dans son acception la plus courante doit en être le moteur, pour « travailler mieux, travailler autrement » afin de décroquer réellement l'ensemble des professionnels, bénévoles intervenant dans tous les secteurs (sanitaire, social, médico-social). Il en va de la survie des réseaux de santé.

La mutualisation devrait permettre aussi aux professionnels de santé de bénéficier d'un interlocuteur unique pour une meilleure prise en charge des patients et une meilleure qualité de travail des professionnels de santé. Le découpage actuel des réseaux selon des formes soit populationnelles soit thématiques n'apparaît plus comme pertinent. Il semble nécessaire de mutualiser les réseaux de santé dans le cadre d'un regroupement de pathologies qui nécessitent des prises en charge semblables. Egalement, les réseaux de santé doivent adopter un modèle de développement basé sur une approche territoriale afin de se mettre en cohérence avec la trajectoire de soins et de contribuer à leur structuration.

La mutualisation s'inscrit dans une réforme complète du système de santé plus cohérent et donc plus efficient.

Pour décroquer, coordonner, responsabiliser, démocratiser et enfin améliorer la qualité des soins et de la santé, la mutualisation constitue un axe fort de progrès. Afin de constituer un levier réel de développement des réseaux, la mutualisation doit absolument répondre à des objectifs et exigences de formation, d'information et d'évaluation.

Enfin, les groupements de coopération sanitaire pourraient être la forme juridique souple qui insufflerait un nouveau mode de travail aux réseaux et permettrait de dépasser le leadership des fondateurs.

La mutualisation aujourd'hui est donc inévitable, mais dans quelles limites les professionnels de santé pourront réellement modifier leurs manières de travailler ? Par ailleurs, ne peut elle être perçue par les professionnels de santé, comme une possible voie de réforme des soins de ville ? Se pose également la question de l'harmonisation européenne des réseaux en général, mais également des réseaux transfrontaliers en particulier.

---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires :**

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé.

Circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles.

Fiche DGAS de septembre 2006 ; le groupement de coopération sociale et médico-sociale : un nouvel outil très attendu au service du secteur pour mieux servir les usagers.

## **Rapports et guides :**

Inspection Générale des Affaires Sociales - Rapport n°2006 022 « *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)* » - Février 2006

Haute Autorité de Santé – « Evaluation et amélioration des pratiques : les réseaux de santé » - Décembre 2006

## **Documents administratifs :**

Collectif Régional des Réseaux de Santé d'Ile-de-France / Assistance Publique – Hôpitaux de Paris - *Journée de rencontre avec les réseaux de santé du Val-de-Marne* – Vendredi 9 mars 2007

Gilles POUTOUT – « *Les réseaux de santé : outil pour l'innovation* » – Séminaire à l'attention des directeurs des affaires juridiques du 12 mai 2007 – Centre National de l'Expertise Hospitalière

Gilles POUTOUT – « *Les réseaux de santé : Je t'aime, moi non plus* » – Séminaire à l'attention des directeurs des affaires juridiques du 28 – 29 mars 2007 – Centre National de l'Expertise Hospitalière

François Xavier SCHWEYER – « *Les réseaux de santé : une analyse sociologique – Réflexions sur le fonctionnement, la dynamique et les perspectives.* » - Cours Directeurs des Soins ENSP – Janvier 2007

François Xavier SCHWEYER – « *Les réseaux de santé : l'outil qui cache la réforme* » - Actes du colloque Association Française de sociologie – 7-8 juin 2006

CAP Réseau Rhône - Alpes – Dossier de demande de financement – Année 2006

Réseau de santé Ville – Hôpital SPES – Rapport d'activité 2006

CAP Réseau Rhône - Alpes – « *Réseaux de santé : repères pour une démarche d'évaluation* » – Version 1-7- 5 décembre 2003

CAP Réseau Rhône - Alpes – « *Réseaux de santé – Systèmes d'information : Recommandations* » – 2003

#### **Ouvrages :**

SCHWEYER FX, LEVASSEUR G, PAWLIKOWSKA T, « *Créer et piloter un réseau de santé : un outil de travail pour les équipes* », Editions ENSP, 2002.

Gilles POUTOUT, Stéphanie BARRE, Claude EVIN, Pierre-Yves FOURE, Laurent HOUDART, Dominique LAROSE, Elsa PTAKHINE, « *Traité pratique des réseaux de santé* », Editions Berger- Levrault, 2005.

Marie-Hélène CABE – « *La santé en réseaux : Quelles innovations ?* » – Collection : *Sociologies Pratiques* n°11 – Presse Universitaire de France – 2005

.

#### **Articles :**

Stéphane JOUVESHOMME – « *Qualité des soins : Evaluation d'un réseau de soins local de cancérologie* » - La revue du praticien – n°748/749 – 7 novembre 2006

Alain RAVELET – « *La recomposition de l'offre hospitalière publique et privée dans le cadre des réseaux de santé* » – Droit de la Santé – Septembre / Octobre 2006 – N°5

Gilles POUTOUT - « *Un document ambigu aux effets démobilisateurs* » - Filière et Réseaux de Santé - Septembre / Octobre 2006

Gilles POUTOUT - « *Les réseaux sont-ils solubles dans les système de santé ?* » - RHF n°517 Juillet / Août 2006 et n°518 Septembre / Octobre 2006

Brigitte DE LARD – « *Le groupement de coopération sociale et médico-sociale : ballon d'oxygène ou ballon de baudruche ?* » - Gestion Hospitalières - Août / Septembre 2006

Roland CHVETZOFF, Marie-Thérèse ROOS, Albert SCEMAMA, Bertrand MANDELBAUM, Alain BAQUE – « *Quels indicateurs pour la gouvernance des réseaux de santé : exemple du réseau gérontologique Carmad* » - Gestion Hospitalières - Août / Septembre 2006

Patrick FLAVIN – « *Réseau de santé : responsabilité et assurance* » - Gestions hospitalières n°510 – Mai / Juin 2006

M.ROBELET, M.SERRET, Y.BOURGUEIL – « *La coordination dans les réseaux de santé* » - Revue Française des Affaires Sociales n°1 – Janvier / Mars 2005

Olivier WALGER – « *Regards croisés sur l'éducation du patient* » - Soins infirmiers – Novembre 2005

Gilles POUTOUT – « *Réseaux de santé : nouveaux regards, nouvelles pratiques* » - Technologies et Santé – Septembre / Octobre 2005 – N°55/56

François-Xavier SCHWEYER – « *Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence* » - Lien social et Politique - RIAC 52 - Automne 2004.

### **Mémoires MIP :**

MIP 2006 – « *Quel avenir pour les réseaux de santé ou comment organiser les soins primaires en France dans les années qui viennent ?* » - Groupe n°25 – Animateur : Arnaud GRAMOULLE

MIP 2006 – « *Comment inciter professionnels et patients à adhérer à un réseau de santé : cas des réseaux cancérologiques* » - Groupe n°10 – Animateur : Alain BERARD

MIP 2006 – « *Vers quel développement des réseaux gérontologiques en région ?* » - Groupe n°18 – Animateur : Marguerite Marie DEFEBVRE

MIP 2006 – « *L'évaluation des réseaux de santé : quelle réalité ?* » - Groupe n°28 –  
Animateur : Philippe CLAPPIER

**Sites Internet :**

URCAM : [www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr](http://www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr)

Observatoire Nationale des Réseaux de Santé : [www.onrs.net](http://www.onrs.net)

Société française d'accompagnement et de soins palliatifs : <http://www.sfap.org>

Agence Régionale de l'Hospitalisation : <http://www.arh.aquisante.fr>