



Master 2 PPASP

Promotion : **2010-2011**

Date du Jury : **Juillet 2011**

**Pilotage et contractualisation des
réseaux de santé: l'exemple du réseau
« Bien Naître en Ille-et-Vilaine »**

Emmanuel VANNIER

Remerciements

Je tiens avant tout à remercier Mme Hélène ROBERT, sage-femme cadre coordinatrice du réseau « Bien Naître en Ille-et-Vilaine », par la confiance qu'elle m'a accordé et qui m'a directement permis d'intégrer ce même réseau de santé durant ces quatre mois de stage.

Merci à M. François-Xavier SCHWEYER, enseignant chercheur à l'EHESP, tuteur de mon mémoire, qui m'a accompagné tout au long de ce travail de mémoire et qui a toujours été présent pour répondre à mes sollicitations.

Merci à l'ensemble des personnes que j'ai pu interviewer durant ces études, qui ont toujours été très accueillantes et précieuses par leurs réponses et leurs conseils. L'anonymat étant conseillé pour un tel type de travail, je ne citerai pas leur nom et je m'en excuse auprès d'eux.

Je remercie également Mme Marylise DESMEURE, secrétaire du réseau, pour sa disponibilité et son écoute durant ce stage.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe de coordination du réseau pour leur accueil chaleureux.

Sommaire

Introduction	7
1. De l'émergence à l'institutionnalisation progressive des réseaux en santé : une organisation en mutation.	13
1.1 Historique de l'existence des réseaux de santé.	13
1.1.1 La naissance de « réseaux informels ».....	13
1.1.2 L'exigence de formalisation des réseaux de santé.	14
1.1.3 L'organisation en réseaux de santé : une organisation cohérente et adaptative.	18
1.2 Le fonctionnement des réseaux de santé et les spécificités des réseaux de santé en périnatalité: l'exemple du réseau « Bien Naître en Ille-et-Vilaine ».	20
1.2.1 De la naissance du concept de périnatalité à la formalisation en réseaux.....	20
1.2.2 Des modalités de fonctionnement adaptées à l'organisation en réseaux et les spécificités des réseaux de santé en périnatalité.	24
2. Pilotage des réseaux de santé et contractualisation : entre incitations externes et engagements internes.	27
2.1 Un pilotage externe régionalisé visant la pérennité des réseaux de santé et marqué par une multiplicité des contrats incitatifs.....	27
2.1.1 Régionalisation et pilotage des réseaux de santé.	27
2.1.2 La théorie de l'Agence, un contrepoids au pilotage externe ?.....	29
2.2 Un pilotage interne maintenant la dynamique des acteurs locaux.	30
2.2.1 La coordination interne entre acteurs.	30
2.2.2 Un pilotage interne en mode projet favorable au développement des partenariats.....	32
2.3 Rechercher la transition vers un pilotage interne désiré et réfléchi.....	34
3. New Management Public et encadrement des réseaux de santé : l'exemple du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.	37
3.1. Les bouleversements du New Management Public dans le rapport Etat / acteurs de santé.	37
3.1.1. L'introduction du New Management Public dans les politiques de santé.....	37
3.1.2 Le CPOM : vers l'efficience du système de santé.	38
3.2 Le CPOM, un outil au service des réseaux de santé ?	39

3.2.1 La volonté de rendre pérenne l'existence et les activités des réseaux de santé.....	39
3.2.2 ...Mais aussi l'ambition de mieux cadrer l'activité des réseaux dans une optique d'efficience.....	41
3.3 Une délicate élaboration du CPOM.....	42
3.3.1 Une complexe articulation entre objectifs et moyens.....	42
3.3.2 Une évaluation de fait inadaptée à la logique en réseaux ?	44
3.3.3 Vers un consensus New Management Public et logiques professionnelles ? ..	47
Conclusion	49
Bibliographie	51

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection Longue Durée
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
BNIV : « Bien Naître en Ille-et-Vilaine »
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CMU : Couverture Maladie Universelle
CPOM : Contrat pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CRN : Commission Régionale de la Naissance
DGS : Direction Générale de la Santé
DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux
ETP : Equivalent Temps Plein
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIQCS : Fonds d'Intervention
INVS : Institut de Veille Sanitaire
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MRS : Mission Régionale de Santé
NMP : New Management Public
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PMI : Protection Maternelle et Infantile
REBEMP : Réseau Est Bretagne d'Etude en Médecine Périnatale
SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

« La mise en œuvre des politiques sociales et de santé repose sur l'action de nombreux acteurs et institutions, aucun d'entre eux ne pouvant prétendre au monopole dans un secteur qui nécessite plus que d'autres coopérations et mise en réseau »¹.

Cette citation résume bien l'esprit et l'évolution de notre système de santé qui a connu des changements majeurs depuis sa mise en œuvre et son développement surtout à partir de l'après seconde guerre mondiale, accompagné par la création du système de sécurité sociale en 1945. Ainsi, le système de santé français s'est progressivement développé durant le courant du XXème siècle et son organisation a été saluée par les plus grandes instances, comme l'Organisation Mondiale de la Santé.

La lente évolution du système de santé français a été marquée par des faits essentiels : il faut retenir le décloisonnement continu entre les secteurs privé et public résultat des limites de l'Etat-providence dans les années 80 d'une part, et de la multiplication et la diversification des acteurs de la santé d'autre part remarquée notamment à travers les processus de déconcentration et de décentralisation. Ainsi, l'interdépendance entre les acteurs de la santé est devenue une évidence et la nécessité de tisser des relations a émergé, conduisant dans un premier temps à des relations informelles traduites par la concertation, et dans un second temps à des rapports formels avec la contractualisation. *« Il est aussi crucial que ces relations soient formalisées de manière à éviter les risques de conflits liés aux divergences d'interprétation sur le rôle et les missions de chacun. La démarche contractuelle est une réponse face aux difficultés inhérentes à un système mettant en réseau de multiples acteurs »².*

Les réseaux de santé prennent dès lors leur place dans ce processus particulier, celui de la nécessité de créer et développer du lien d'une part, mais aussi la nécessité d'avoir un cadre d'existence et des règles particulières de fonctionnement d'autre part.

Revenons tout d'abord sur la définition de réseau de santé : si la notion de réseau renvoie en premier lieu à un maillage caractérisé par des procédures permettant la communication, des relations entre différentes entités, celle de réseau de santé apparaît comme la forme structurelle la plus aboutie pour organiser l'action collective afin de répondre à des besoins particuliers en santé. Si des premières organisations en réseau informel existaient auparavant et existent encore aujourd'hui, on pensera notamment aux

¹ RAYSSIGUIER, Y. ; JEGU, J. ; LAFORCADE, M., 2008, *Politiques sociales et de santé* ; éd. EHESP, Ille-et-Vilaine.

² PERROT, J. ; DE ROODENBEKE, E., 2005, *La contractualisation dans les systèmes de santé* ; éd. KARTHALA, Paris.

professionnels de santé libéraux qui disposent d'un réseau spontané et personnel de professionnels de santé à qui ils adressent leurs patients, les réseaux de santé prennent eux la forme d'organisations hybrides, composées d'une multitude d'acteurs d'origine très variée (professionnels de santé libéraux, établissements de santé,...), où la dynamique des relations interpersonnelles et inter-organisationnelles sont les sources mêmes de leur fonctionnement. Leur objectif est donc bien d'avoir une approche nouvelle de la prise en charge des patients pour améliorer celle-ci.

Parallèlement à cela, avec la sacralisation de la notion de réseau de santé en 2002³ accompagnée par une évolution des dispositifs de financement, il a été obligatoire de mettre en exergue un mode de contractualisation spécifique aux réseaux de santé afin d'encadrer ceux-ci. On est alors passé d'un mode de contractualisation assez souple laissant la place à une liberté dans l'initiative et l'action (*sous la forme de conventions*), à un mode beaucoup plus contraignant visant l'efficience des réseaux de santé et traduite à travers un encadrement renforcé et l'émergence de la notion d'évaluation (*notamment par la mise en œuvre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens*). Je tiens à noter que cette notion d'évaluation, point essentiel du CPOM, sera évoquée dans ce travail de manière succincte dans la mesure où les attentes vis-à-vis de celle-ci pour les réseaux de santé n'étaient qu'à la phase de réflexion au niveau des instances de tutelle.

Reste à savoir si les réseaux de santé, organisations fondées sur la coopération entre acteurs personnels et institutionnels, doivent-ils répondre aux mêmes modalités de contractualisation que les autres acteurs en santé ?

Cependant, cette volonté d'encadrer l'action des réseaux et leur efficience dans le système de santé ne leur est pas propre : en effet, dans un contexte de crise économique caractérisée par des déficits budgétaires de l'Etat de plus en plus importants, il est apparu inévitable de rechercher des nouveaux modes de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation, inspiré du modèle de gestion du secteur privé. Le New Management Public a été une réponse pour permettre cette évolution.

Mais ce mode de management est-il bien adapté pour un fonctionnement en réseau ?

Enfin, il convient de revenir sur le pourquoi de l'existence des réseaux de santé. Si les réseaux de santé ont connus des premières formes informelles dès le 19^{ème} siècle, ils n'ont véritablement émergé qu'au début des années 1980-90 pour répondre à l'évolution des besoins de santé : en effet, la montée en charge des pathologies chroniques ont mis

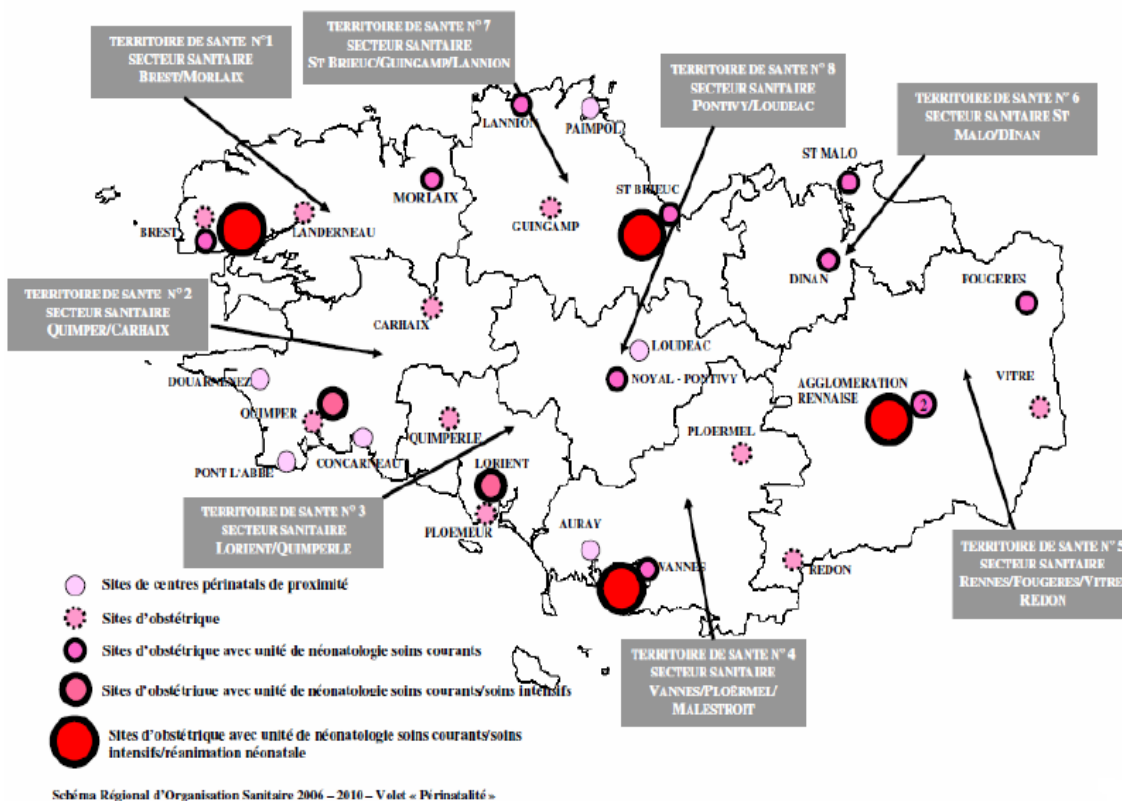
³Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

en exergue le constat que les patients avaient besoin de plusieurs services qu'un seul professionnel n'était pas en mesure d'assurer. De plus, les prises en charge ont évolué dans le secteur ambulatoire, secteur qui permet d'en assurer certaines que seul le secteur hospitalier assurait auparavant. Ainsi, l'évolution dans le partage de la prise en charge des soins nécessite un équilibre que le réseau de santé peut être en mesure d'assurer, tout cela dans le but d'organiser la coordination et la coopération intersectorielle.

Présentation du réseau « Bien Naître en Ile-et-Vilaine » :

Le réseau de santé en périnatalité « Bien Naître en Ile-et-Vilaine » a été créé en 2004 et s'appuie sur le Réseau Est Bretagne d'Etude en médecine Périnatale (REBEMP), association de 1901 et promoteur du réseau. C'est un réseau départemental devant assurer à l'origine la coordination des soins entre les maternités et qui couvre le territoire de santé n°5 ainsi qu'une partie du n°6 (Saint-Malo). En 2010, on y a recensé 13566 accouchements (rapport annuel BNIV) sur 37600 au total pour les quatre réseaux bretons.

Répartition par territoire de santé (secteur sanitaire) des sites de périnatalité (centre périnatal de proximité, activité d'obstétrique, de néonatalogie, de réanimation néonatale) – Bretagne/Cible 2010



Ce réseau poursuit les objectifs principaux suivants :

- accroître la sécurité périnatale en assurant l'orientation optimale des patientes et des nouveau-nés vers le niveau de soin que requiert leur état de santé ;
- promouvoir la proximité pour éviter les séparations mère enfant chaque fois qu'elle est compatible avec la sécurité ;
- coordonner l'ensemble des soins médicaux et psychosociaux ;
- favoriser les actions de prévention, de dépistage, d'enseignement et de recherche en médecine périnatale.

Pour assurer la réalisation de ces objectifs, le réseau BNIV est constitué d'une équipe de coordination qui assure la mise en œuvre et le suivi de ces objectifs. Elle comporte :

- Un médecin coordonnateur (pédiatre) à 0.4 ETP ;
- Une sage-femme cadre coordinatrice à 1 ETP ;
- Une secrétaire à 0.8 ETP ;
- Un pédiatre épidémiologiste à 0.3 ETP ;
- Une technicienne de recherche clinique à 0.6 ETP ;
- Une sage-femme coordinatrice relative à l'accompagnement de l'allaitement à 0.1 ETP ;
- Une pédopsychiatre à 0.1 ETP ;
- 3.2 ETP de psychologues.

Enfin, le réseau assure un partenariat avec un ensemble de professionnels de l'ensemble des champs en lien avec la santé : secteur sanitaire, médico-social (ex : CAMSP) et social (ex : PMI). Ce travail de coordination avec les autres acteurs entrant dans la prise en charge des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés laisse apparaître cependant une difficulté majeure, celle de la mobilisation des professionnels de santé libéraux qui sont difficile à mobiliser.

Méthodologie :

Ce mémoire, en lien direct avec ma mission de stage qui consistait à mener une réflexion sur les modalités de mise en œuvre du CPOM pour les réseaux de santé et les modifications qu'il pourrait apporter sur leur pilotage, a conduit à une démarche en plusieurs étapes :

- 1^{ère} étape : travail d'appropriation sur la notion de réseaux de santé et de ses missions à partir de recherches documentaires et de différents documents propres au

réseau de santé « Bien Naitre en Ille-et-Vilaine » ; même démarche effectuée avec la notion de contractualisation.

- 2^{ème} étape : nombreux entretiens ressources réalisés auprès de directeurs d'établissement de santé, de coordinateurs de réseaux de santé, d'enseignants de l'EHESP, de professionnels de santé, des représentants de l'ARS, pour voir d'une part leur approche vis-à-vis des réseaux de santé, d'autre part sur la contractualisation et en particulier sur la démarche CPOM déjà adoptée pour les établissements de santé.
- 3^{ème} étape : réflexion menée en concertation et en continu (une réunion par mois) avec les membres du réseau sur les objectifs du CPOM à partir d'une analyse SWOT (atouts/ faiblesses, opportunités/ menaces) sur le réseau que j'ai réalisé.
- 4^{ème} étape : premières propositions sur les orientations du réseau pouvant rentrer dans le cadre du CPOM aux différentes instances de pilotage du réseau (Conseil d'administration notamment).
- 5^{ème} étape : parallèlement à cela, élaboration d'un guide méthodologique du CPOM pour les réseaux de santé.

Problématique :

Dans un contexte d'évolution rapide des besoins en santé et du danger de l'éclatement du système de santé, dans quelle mesure les réseaux de santé constitués par un ensemble cohérent de contrats, apparaissent-ils comme un moyen adapté pour assurer une prise en charge globale et continue ?

Annnonce du plan :

Pour répondre à mes interrogations, nous verrons dans un premier temps le contexte qui a conduit à l'émergence des réseaux dans le système de santé jusqu'à leur sacralisation par la loi et leur modalités de fonctionnement.

Dans un second temps, nous aborderons la question du mode de pilotage actuel des réseaux de santé et de leurs rapports vis-à-vis des institutions, en intégrant les mécanismes de contractualisation.

Enfin, nous nous interrogerons sur la pertinence des nouvelles modalités de contractualisation des réseaux de santé (avec le CPOM en particulier) et les raisons qui expliquent ces nouveautés.

1. De l'émergence à l'institutionnalisation progressive des réseaux en santé : une organisation en mutation.

1.1 Historique de l'existence des réseaux de santé.

1.1.1 La naissance de « réseaux informels ».

Pour trouver la trace des premières expérimentations organisées en réseaux, il convient de remonter au début du XIX^{ème} siècle avec une « restructuration » de l'offre de soins en région parisienne qui conduit les hôpitaux parisiens à tisser des premiers liens dans le but d'organiser l'offre de soins efficacement (SALAÜN, 2003).

Ces prémices d'une première organisation en « réseau » vont précédés au début du XX^{ème} siècle une autre organisation en réseaux résultant de la propagation d'une maladie contagieuse particulièrement mortelle, la tuberculose (BONAFINI, 2002).

Contribuant aux décès de centaines de milliers de personnes et ne disposant pas de traitement de la maladie, une loi organisa les prémices d'une première forme de réseau afin de faire face à ce fléau. Celle-ci s'appuya sur une coordination entre l'hôpital public et l'ouverture de dispensaires pour assurer la prise en charge des patients atteints par la maladie. Cette organisation était assurée et coordonnée par des médecins et des infirmiers qui assuraient les liens entre ces deux entités : ainsi, le dispensaire assurait la prise en charge des patients atteints par la maladie et parmi eux, les plus atteints étaient dirigés à l'hôpital public afin d'avoir une prise en charge mieux adaptée.

Jusqu'aux années 80, des formes ponctuelles de réseaux plus ou moins organisés (on parlera notamment des réseaux sanitaires spécialisés) vont apparaître pour faire face à la prise en charge de certaines pathologies et élargir leurs actions, de la prévention au soin (ex : alcoolisme, tabagisme). A cela va s'ajouter le fait que les dépenses de santé sont de plus en plus importantes et les « réseaux de soins coordonnés » issus de la loi du 19 janvier 1983 vont chercher à répondre au problème de l'explosion de ces dépenses ; en pratique, cela passait notamment par la signature de conventions entre les organismes de sécurité sociale et des organismes privés et publics agréés par les ministères de la santé et de la sécurité sociale.

Mais pour véritablement voir l'apparition des réseaux de santé tels qu'ils existent aujourd'hui en France, il convient de remonter aux années 80, période qui voit l'apparition et le développement de certaines pathologies nécessitant une prise en charge globale du patient, englobant des acteurs jusque-là exclus des réseaux existants, les acteurs

sociaux. En effet, une prise de conscience des professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux au niveau local met en évidence le fait que pour qu'une prise en charge du patient pour certaines pathologies (ex : type alcoolisme ou tabagisme) soit réussie, il convient d'assurer des liens entre les acteurs des différents champs. Mais c'est véritablement une infection particulière qui va dynamiser ces acteurs de terrain locaux, le sida. Mettant en évidence les lacunes du système de santé français et en premier lieu le cloisonnement entre les différents secteurs (sanitaire et social en particulier), les professionnels de santé associés notamment aux associations d'usagers vont s'organiser pour assurer la prise en charge de ces patients et tisser des liens avec les acteurs sociaux.

C'est donc sur le fonds d'un certain militantisme local que vont se développer les réseaux tels que nous les connaissons actuellement.

1.1.2 L'exigence de formalisation des réseaux de santé.

Face au développement de ces organisations informelles en réseaux, il est apparu inévitable que l'Etat intervienne afin d'encadrer ce type d'organisation.

1.1.2.1 Vers l'intronisation progressive de la notion de « réseau de santé »...

Conscient des lacunes du système de santé conduisant à l'organisation de réseaux locaux militants en santé, l'Etat intervient progressivement pour reconnaître et encadrer ces réseaux.

Dans cette optique, c'est par une circulaire de la DGS/DH du 4 juin 1991⁴ qu'apparaît pour la première fois la notion de réseau dans un cadre réglementaire. Cette circulaire avait ainsi pour ambition de développer la coordination entre la médecine de ville et la médecine hospitalière dans la prise en charge des patients atteints du sida ; pour cela, l'Etat et l'assurance maladie assuraient l'accompagnement financier nécessaire à leur mise en œuvre.

Mais c'est véritablement par les ordonnances Juppé du 24 avril 1996⁵ qu'est instaurée légalement la notion de réseau. En effet, ces ordonnances formalisent et réglementent la notion de réseaux de soins (art L. 712-3-2 du code de la santé publique) qui vont permettre le développement des réseaux inter-établissements où l'établissement

⁴ DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection au VIH.

⁵ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

est le support du réseau ; ces ordonnances offrent aussi la possibilité de mettre en place des formes nouvelles de prise en charge globale des patients à travers la création des filières de soins et des réseaux de soins expérimentaux, réseaux fondés sur les pathologies des individus (art L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale). De manière générale, le terme de réseau reflète alors un triple objectif : assurer la continuité et la coordination des soins, favoriser une orientation adéquate du patient, apporter des réponses graduées aux besoins de santé en optimisant l'offre de soins.

Il faut attendre dès lors la loi du 4 mars 2002⁶ pour voir apparaître la notion de « réseau de santé » (article L.6321.1 du CSP), réseaux qui ont pour objectifs de : favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire ; d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne (éducation à la santé, prévention, diagnostic et soins) ; de participer à des actions de santé publique. Ces réseaux de santé « *sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médicosociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers* ». C'est donc bien la volonté de décloisonner les différents champs nécessaires à la qualité et à la continuation de la prise en charge des patients qui est rappelée ici et c'est l'organisation et la gestion d'un tissu de compétences autour du patient qui sont mises en valeur.

Le réseau de santé apparaît dès lors comme l'acteur incontournable pour répondre à des besoins de santé particuliers en favorisant une prise en charge adaptée et coordonnée entre un ensemble d'acteurs venant d'horizons diversifiées. Pour assurer sa mise en œuvre et son fonctionnement au quotidien, il convient de voir quels sont les moyens financiers qui lui ont été alloués.

1.1.2.2 ...Accompagnée par des dispositifs spécifiques de financement...

De l'émergence des premiers réseaux institutionnalisés au début des années 90 jusqu'à la reconnaissance des réseaux de santé et à leur continuité jusqu'à aujourd'hui, les modalités de leur financement ont connu une évolution certaine.

Si les premières formes de réseaux durant le courant du XXème siècle n'ont pu se maintenir dans le temps, cela s'explique par le caractère non pérenne de leur financement, et la circulaire relative au « réseau SIDA ville-hôpital » de 1991 va promouvoir des moyens humains et financiers plus stables. En effet, celle-ci prévoit une

⁶ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

diversification des moyens destinés à assurer la création, l'existence et le fonctionnement de ces réseaux : le découplage entre acteurs vaut ainsi également pour le découplage des moyens financiers. Ainsi, pour assurer la mise en place et le fonctionnement de la logistique des réseaux, cette circulaire met en avant le fait que « *les ressources susceptibles d'être mobilisées peuvent être diverses : ressources d'origine conventionnelle, issue de la Formation Médicale Continue (FMC), ressources provenant des collectivités locales, crédits d'Etat, crédits d'assurance maladie délivrés par le biais de l'enveloppe SIDA* ». De plus, pour les initiatives de terrain déjà mises en œuvre par les professionnels, la circulaire prévoit que les moyens issus de l'assurance maladie, de l'Etat et de l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS) peuvent être mis à disposition de ces acteurs sous conditions. La mise en œuvre de ces premiers modes de financement des réseaux va se confirmer par l'intermédiaire des ordonnances Juppé qui voit la création de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) destiné à encadrer les dépenses de santé. En effet, décennie marquée par l'explosion progressive des dépenses de santé, il convient d'encadrer celles-ci, conduisant à la création de cette enveloppe. Celle-ci s'applique donc aux réseaux qui ont vu leur nombre fortement augmenter à cette période, notamment à travers la création et le développement des réseaux toxicomanie⁷ et des réseaux de proximité⁸. Ainsi, une part de l'enveloppe ONDAM est destinée au financement des réseaux.

Certes ces fonds permettent de financer sans trop de difficultés les frais de fonctionnement (locaux, secrétariat/coordination). Cependant le financement des réseaux reste mal adapté pour assurer la rémunération des professionnels médicaux. En effet, la rémunération à l'acte est mal adaptée pour l'organisation de la médecine de réseau et c'est la question des dérogations tarifaires qui est posée. « *Les réseaux ville-hôpital créés pour la prise en charge des pathologies lourdes dépassent en effet le cadre strict des soins médicalisés payés à l'acte (soins financés par l'assurance maladie et les assurances complémentaires). Ils doivent donc trouver un relais institutionnel et en particulier une évolution du cadre réglementaire de leurs activités, notamment par un assouplissement des règles tarifaires et organisationnelles qui leurs sont applicables* » (Schweyer et al., 2002)⁹. Dans cette optique, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 1999 crée le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)¹⁰ destiné à la promotion de nouvelles formes d'organisations interprofessionnelles dans le

⁷ DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1er décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.

⁸ Circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1er décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.

⁹ SCHWEYER, F-X. ; LEVASSEUR, G. ; PAWLIKOWSKA, T., 2002, *Créer et piloter un réseau de santé*, Ed. ENSP, Ille et Vilaine.

¹⁰ Décret n°99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fond d'aide à la qualité des soins de ville.

libéral et à faire évoluer les relations entre les médecines de ville et hospitalières. Le FAQCS permet alors aux réseaux agréés d'obtenir les dérogations tarifaires leur assurant la poursuite de leurs activités dans un cadre moins rigide et de développer des partenariats avec d'autres acteurs (ex : mutuelles).

En outre et parallèlement à la loi du 4 mars 2002 créant les réseaux de santé, un décret du 25 octobre 2002¹¹ relatif au financement des réseaux crée la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) déclinée régionalement ; il s'agit d'une enveloppe pérenne destinée au développement des réseaux de santé et prélevée sur l'ONDAM. Cette dotation était destinée à financer tout ou partie des dépenses des réseaux et à répondre aux problématiques déjà évoquées ; ainsi, la DNDR assurait notamment la couverture des dépenses de fonctionnement (charges de personnels, foyers,...) et les dérogations suivantes aux dispositions du code de la sécurité sociale : dérogations aux règles de prise en charges des patients (exonération du ticket modérateur hors Affection Longue Durée (ALD) et Couverture Maladie Universelle (CMU)), rémunérations dérogatoires destinées aux professionnels de santé (ex : consultation de prévention), prise en charge des rémunérations des professionnels non prévues par la nomenclature intervenant dans les réseaux.

Enfin, si les financements des réseaux de santé pouvaient être assurés par deux voies différentes (FAQCS et DNDR), leurs utilisations par les réseaux devaient être lisibles. C'est dans cet esprit qu'est créé le Fonds d'Indemnisation pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)¹² en 2007. Ce FIQCS (placé auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) est un dispositif qui fusionne le FAQSV et la DNDR. Il reprend les objectifs des deux « allocations » précédentes, à savoir financer les réseaux de santé mais aussi favoriser des actions concourant à l'amélioration de la permanence des soins, à travers un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé en vue de favoriser un égal accès aux soins sur le territoire. Pour assurer cette équité territoriale, le pilotage du FIQCS s'effectue à partir d'orientations générales décidées au niveau national et par une gestion opérationnelle assurée par le conseil régional de la qualité et de la coordination de soins au niveau local, sous l'égérie dans un premier temps de la Mission Régionale de Santé (MRS) et désormais par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

¹¹ Décret 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L.162-43 à L.162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.

¹² Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Si l'objectif principal des réseaux de santé est bien de répondre à des problématiques liées aux besoins de santé que les autres acteurs de santé ne sont pas en mesure d'assurer, l'institution s'est très bien accaparée ce dispositif.

En effet, si les premières formes de réseaux relèvent essentiellement du militantisme local et professionnel, les pouvoirs publics ont sacralisé ces entités et ont été à l'origine de la création et du développement de bons nombres d'entre eux, notamment à travers les différents plans de santé publique (ex : réseau régionaux de cancérologie, réseaux de périnatalité,...) ; l'Etat a semble-t-il également prévu leur « pérennité » financière.

Aujourd'hui, c'est donc de multiples réseaux de santé qui existent dans le paysage sanitaire français. Ils répondent à un très large panel de problématiques qu'il était difficile d'appréhender auparavant par les pouvoirs publics. On est ainsi parti des difficultés de prise en charge des personnes séropositives pour ensuite les développer au champ de la toxicomanie, puis de la cancérologie ou encore de la périnatalité. Désormais, ces réseaux se développent également pour une problématique majeure en France, celle du vieillissement de la population. Elle conduit à revoir les modes de prise en charge des personnes âgées et à rechercher une efficacité optimale dans la coordination des soins entre les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Cependant, une question persiste : en quoi le dispositif français en réseaux de santé est-il le plus apte à répondre à des problématiques de santé multiples et transversales aux différents secteurs ?

1.1.3 L'organisation en réseaux de santé : une organisation cohérente et adaptative.

Si la mise en œuvre des réseaux de santé traduit la volonté d'assurer une prise en charge globale de certains besoins de santé, l'objectif premier de ces réseaux est bien de s'appuyer sur l'offre de soins existante pour répondre à certains manques dans la prise en charge.

En effet, le réseau met au centre de son action l'utilisateur, le patient, qui doit pouvoir accéder à des services de soins de qualité et efficaces en fonction de n'importe quelle pathologie qu'il pourrait développer. Si les établissements de santé assurent une prise en charge des soins des patients, il n'en demeure pas moins que ceux-ci ont besoin de liens avec les autres acteurs en lien avec la santé, qu'il s'agisse des acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. C'est là que les réseaux de santé interviennent

pour tisser ces liens. En fonction des pathologies, les réseaux ont pour fondement le « travail en réseaux » et des premiers liens informels préexistaient avant la création des réseaux de santé¹³ (Grenier, 2005).

De plus, il convient d'apprécier que cette organisation en réseaux entre une pluralité d'acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux, se distingue du modèle traditionnel de l'organisation définie par Max Weber. En effet, celui-ci présente l'organisation à partir d'un fonctionnement bureaucratique caractérisé par un système pyramidal fortement hiérarchisé où l'individu a une fonction propre, encadrée, qui ne laisse pas la place à l'initiative personnelle. Mais Michel Crozier va montrer les limites à cette organisation pyramidale en insistant sur le fait qu'elle ne laisse pas la place à l'adaptation des acteurs au changement. Dès lors, la mise en œuvre des réseaux de santé traduit bien cette évolution et se rapproche de la théorie des organisations défendue par Mintzberg : sa vision d'une organisation considérée en bureaucratie professionnelle met en avant des principes s'adaptant relativement bien à l'organisation en réseaux. En effet, en plus de répondre à des besoins, les réseaux de santé doivent répondre aux exigences plus ou moins formelles demandées par le sommet hiérarchique, l'autorité de tutelle, qui dispose d'un pouvoir réduit sur le mode de formalisation des actions des réseaux de santé. Ainsi, si les acteurs de santé restent soumis à des objectifs définis conjointement avec cette autorité (dans notre cas l'ARS et de manière générale avec l'Etat), en raison du haut niveau de compétences des acteurs participant à la coordination des actions du réseau, ils restent relativement libres et autonomes dans leur mode d'organisation. Ils détiennent donc un véritable pouvoir dans la réalisation de leur travail. Cela se traduit également pour l'ensemble des professionnels des réseaux qui réalisent de manière tout à fait normale leurs activités de soins.

Ainsi, les réseaux de santé regroupent une pluralité d'acteurs différents entrant à un moment donné dans le processus de prise en charge des individus : ce lien qui se fait tout au long de la prise en charge quand un acteur de ce réseau peut répondre aux besoins de santé des personnes. Les acteurs de ce réseau peuvent également être en veille si pour une prise en charge ils n'ont pas besoin d'intervenir.

L'existence des réseaux et leur pérennité dépend bien sûr des ressources financières mais aussi du maintien des liens qui peuvent exister entre acteurs. Pour maintenir et ou faciliter ceux-ci, les coordinateurs de réseaux sont dès lors des acteurs primordiaux dans cette organisation des soins.

¹³ GRENIER C., 2005, « Capital social et apprentissage dans un réseau d'acteurs professionnels », *Journée transdisciplinaire de recherche AIMS-AGRH "Management et réseaux sociaux"*, Lyon, France.

1.2 Le fonctionnement des réseaux de santé et les spécificités des réseaux de santé en périnatalité: l'exemple du réseau « Bien Naître en Ille-et-Vilaine ».

1.2.1 De la naissance du concept de périnatalité à la formalisation en réseau¹⁴.

Si le système de santé français s'est progressivement affirmé comme une référence mondiale pour sa situation sanitaire, la prise de conscience de la question de la périnatalité comme problématique de santé publique ne s'est réellement manifestée qu'à partir des années 70. Constatant que ses indicateurs en matière de périnatalité restaient insuffisants vis-à-vis de ceux des autres pays développés, les pouvoirs publics français vont progressivement décliner de grandes orientations destinées à combler ses lacunes.

C'est en 1970 avec la loi Boulin¹⁵ que la périnatalité va faire l'objet de premières études. En effet, alors que la pédiatrie sociale se développe avec notamment la publication du premier Traité de pédiatrie sociale¹⁶, le concept de périnatalité émerge uniquement, dynamisé par les résultats médiocres de la France en termes de mortalité périnatale vis-à-vis des autres pays développés.

Dans cette optique, les indicateurs périnataux français comparés à ceux des autres pays européens développés présentent sur une période 1970-2002 l'idée générale que la France a globalement des résultats comparables avec ces voisins semblables au niveau économique et social (Allemagne, Royaume-Uni, Italie, Espagne), mais que l'écart reste important avec les pays de tête (Finlande et Suède) : ainsi, au sein de l'union européenne dans les années 2000, concernant le taux de mortalité infantile, la France se situait en 2^{ème} position (4,1 décès de nourrissons de moins d'un an pour 1000), mais au niveau de la mortalité néonatale, elle se situait à la dernière place et augmentait son retard vis-à-vis des autres pays (6,9 mort-nés de moins d'une semaine pour 1000 naissances).

¹⁴ Master 1 Santé Publique, 2010, *La périnatalité, un enjeu de santé publique ?*, éd. EHESP, 28 p.

¹⁵ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

¹⁶ MANDE R., MASSE N., MANCIAUX M., *Traité de pédiatrie sociale*, Paris, Flammarion, 1972.

L'évolution en France métropolitaine depuis 1960.

Indicateurs périnatalité	1960	1970	1980	1990	2000	2002
Mortalité infantile	29,0	21,0	10,0	7,3	4,6	4,1
Mortalité néonatale	18,0	13,0	5,8	3,6	2,8	2,7
Mortinatalité	17,0	13,0	8,6	5,9	4,6	8,2*
Mortalité périnatale	33,0	25,0	12,9	8,3	6,7	10,0*
Mortalité maternelle	nd	28,2	12,9	10,4**	9,0	9,0

*le changement de définition pour les mort-nés à partir de 2002 explique l'augmentation des chiffres.

**pour une estimation corrigée plus tard à 13-14 pour cent mille.

Source : OCDE et INSEE, citée par le haut comité de la santé publique

L'objectif des différents plans de périnatalité successifs s'inscrit dans une démarche de prise en charge globale de la mère et de l'enfant (pré et post-natal), consacrée par la sécurisation de la naissance, à travers des normes précises de fonctionnement et par une restructuration importante de l'offre de soins.

1.2.1.1 Des plans de périnatalité « techniques » successifs.

Dans ce cadre, deux plans peuvent être pris en compte, à savoir le plan de périnatalité des années 1970 à 1976, puis celui qui porte sur les années 1995-2000.

Le premier plan de périnatalité « 1970-1976 » mis en œuvre comportait deux axes majeurs. D'une part, la prévention stricto sensu avec le passage à quatre consultations obligatoires à des périodes clés de la grossesse et d'autre part, la sécurisation de la naissance. Celle-ci se composait de trois mesures principales : le renforcement des moyens techniques adéquats dans les maternités (notamment pour la réanimation des nouveau-nés), la formation des professionnels, et enfin la disponibilité immédiate de ces derniers.

Les résultats satisfaisants des indicateurs de ce plan (ex : baisse de la mortalité périnatale de 25/1000 en 1970 à 12,9/1000 en 1980) conduiront à sa reconduction jusqu'en 1980. Les années 70 seront également marquées par la prise en charge à 100% des frais médicaux de la femme enceinte dès le 6^{ème} mois, du dépistage de certaines maladies pouvant se transmettre de la mère à l'enfant durant la grossesse (toxoplasmose, rubéole) ainsi que le développement des techniques liées à la grossesse (ex :

échographie, prélèvements fœtaux).

Le deuxième plan de périnatalité des années 1990-1995 privilégie quant à lui la sécurisation de l'accouchement par la restructuration des maternités conduisant très clairement à la fermeture de bon nombre d'entre elles en raison du renforcement des normes de sécurité. Ce plan va aussi donner lieu à la création des réseaux de soins gradués et coordonnés visant à orienter chaque patient vers l'établissement de santé adapté au niveau de soins requis. En effet, un décret de 1998¹⁷ prévoit l'orientation des mères vers des maternités disposant de l'environnement médical adapté aux risques encourus par celles-ci lors de la naissance. Ces réseaux sont les prémices aux futurs réseaux de santé de périnatalité.

3 niveaux de maternité sont définis par le décret de 1998:

- 1 *Maternité de niveau 1* : unité d'obstétrique qui accueille les femmes dont la grossesse est normale et dont les nouveau-nés ne présentent pas de problème.
- 2 *Maternité de niveau 2* : unité de néonatalogie qui permet d'assurer la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque et ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance.
- 3 *Maternité de niveau 3* : en plus d'une unité de néonatalogie, elle dispose d'une unité de réanimation néonatale qui permet d'assurer les soins spécialisés des nouveau-nés et en particulier, ceux de réanimation.

1.2.1.2 Le plan de périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité ».

Ce plan imprime un changement fondamental dans la philosophie de la prise en charge de la grossesse : l'intitulé de ce plan présente la volonté d'intégrer un élément clé dans la prise en charge des patientes avec la priorité donnée à la sécurité émotionnelle exprimée à travers le terme « Humanité ».

Cet objectif de rechercher l'amélioration de l'environnement psychologique et sociale de la mère et de l'enfant passe par une mesure phare consistant à la création de l'entretien individuel du 4^{ème} mois. Il vise à créer des liens sécurisants entre les parents (et en premier lieu la mère) et les professionnels de santé de périnatalité. Cet entretien prénatal précoce, qui permet notamment de déterminer un projet de naissance, a pour

¹⁷ Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

objectif de « *mettre en place de manière précoce les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents* »¹⁸. Pour les acteurs de santé, c'est aussi un moment stratégique dans la mesure où il rend possible la détection d'éventuelles vulnérabilités psychologiques et sociales de la parturiente (ex : alcoolisme, tabagisme,...).

Pour accompagner la mise en application de ces actions, il convient de rappeler en particulier l'instauration de la circulaire du 4 juillet 2005 dite « Molénat »¹⁹ qui met en exergue l'importance de la dimension psychologique de la naissance reconnue par les professionnels de santé : si dans la norme, les périodes pré et post natal peuvent apparaître comme des moments d'épanouissement des femmes, elles peuvent également être vécues comme des moments de vulnérabilités psychologiques liées à des craintes, des attentes ou à des événements antérieurs. De cette circulaire en résulte notamment un renforcement des partenariats et la continuité du développement en réseaux, aussi bien au niveau sanitaire, médico-social et social. Concrètement, comme le rappelle la sage-femme coordinatrice du réseau, « *pour assurer cette mission, est confiée aux réseaux de santé en périnatalité l'instauration d'une coordination visant à mettre à disposition des maternités du territoire des psychologues spécialistes des questions en périnatalité* ».

Ainsi, la place centrale des réseaux de santé dans les dispositifs de périnatalité est une nouvelle fois mentionnée. Il n'est dès lors pas surprenant de voir dans ce plan le fait que les réseaux de santé en périnatalité doivent couvrir l'ensemble du territoire national, territoire où il doit exister une graduation des niveaux de maternité en fonction des soins qu'elles assurent²⁰. Sur ce point, la sage-femme coordinatrice du réseau signifie que « *les professionnels n'ont pas attendu qu'il y ait des réseaux formalisés, financés, pour s'occuper de la hiérarchisation des soins* ».

L'existence des réseaux de santé en périnatalité s'inscrit dès lors dans le cadre d'une longue démarche des acteurs nationaux et locaux à répondre à une prise en charge globale des femmes enceintes de manière efficace ; cette prise en charge passe par la nécessaire coordination des acteurs en périnatalité.

¹⁸ Plan périnatalité 2005/2007.

¹⁹ Circulaire N°DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

²⁰ Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

1.2.2 Des modalités de fonctionnement adaptées à l'organisation en réseaux et les spécificités des réseaux de santé en périnatalité.

Si les réseaux de santé ont été sacralisés par le politique afin de les encadrer mais aussi de les soutenir dans le cadre de leur existence, il n'en demeure pas moins que leur cadre d'organisation et de fonctionnement mérite d'être formaliser et expliciter. En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, les réseaux de santé s'appuient sur une pluralité d'acteurs pouvant venir d'horizons très variés mais œuvrant dans un but commun : répondre à des besoins particuliers en santé et assurer une prise en charge globale des individus. Cependant, pour accomplir leurs objectifs, il faut qu'un pilotage particulier dans leur organisation soit assuré, celui-ci passant par l'existence de différents documents, « socle juridique » de ce pilotage auquel les acteurs auront précédemment adhéré.

Dans cette optique, les pouvoirs publics ont légiféré afin d'organiser un pilotage opérationnel à destination des réseaux : un décret du 17 décembre 2002 prévoit les modalités d'organisation et de fonctionnement des réseaux de santé, qui s'appuient par une définition des documents fondateurs du réseau, à savoir sa convention constitutive et sa charte.

Concernant le premier document, « le réseau prévoit une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation décrits dans une convention constitutive, lui permettant de répondre à son objet et de s'adapter aux évolutions de son environnement ». A partir d'une réflexion menée par les parties prenantes à l'origine de cette convention, l'enjeu est de proposer ou de parfaire un mode de fonctionnement et une coordination des soins dans le but d'assurer un suivi global des individus ; cela passe en particulier par la définition des objectifs du réseau construits. De plus, cette convention doit prévoir les modalités de suivi et d'évaluation des objectifs définis par le réseau, nécessitant l'existence d'une cellule de veille. Cette dernière, devant être représentative des acteurs et des partenaires, assure ce contrôle, la supervision et l'évaluation de la coordination du réseau. La volonté mise en évidence ici est de rendre les acteurs des réseaux de santé à la fois « entrepreneurs » dans la définition puis l'application des actions en général, mais aussi « évaluateurs » des dispositifs de leurs actions : instaurer cette autocritique doit permettre de rechercher une organisation optimale aussi bien dans la coordination de la structure que des résultats attendus.

Adhérer à un réseau de santé renvoie donc à une certaine « culture réseau » qui implique d'être en adéquation avec les objectifs du réseau. La charte du réseau, réalisée à partir d'une réflexion collective des acteurs locaux concernés par un type de prise en charge, présente les engagements que prennent d'une part la structure, et d'autre part

ses membres en adhérant au réseau et qui découle de la précédente convention proposée. Réfléchir à cette charte à partir des acteurs locaux concernés par l'objet même du réseau permet ainsi de la voir évoluer dans la mesure où ces acteurs, proches des réalités locales en matière de santé, sont confrontés à des évolutions en matière de besoins de santé. Signer cette charte peut donc entraîner ses adhérents à revoir leur mode de fonctionnement dans la prise en charge des patients ou du moins à s'adapter à celle-ci mais cela reste surtout un atout afin de se faire identifier par les autres acteurs en santé sur la même thématique. Cela permet donc de répondre à un objectif essentiel des réseaux de santé, à savoir assurer la coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux et ainsi assurer une prise en charge globale et continue des individus.

De plus, la pluridisciplinarité des acteurs des réseaux apparaît comme une plus-value à l'efficacité dans le système de santé et permet donc de répondre de manière adaptée à des problématiques données. A travers cette coordination et cette concertation entre acteurs, c'est donc directement l'accès, la qualité et la sécurité des soins qui en ressortent améliorées.

Au-delà des instances de concertation participant à la détermination des objectifs, à leur suivi et à leur évaluation (ex : conseil d'administration, comité de pilotage, assemblée générale,...), un rôle primordial est confié à l'équipe de coordination de la structure qui s'assure de la mise en œuvre des missions déterminées. Concernant le réseau « Bien Naître en Ile-et-Vilaine », cette équipe est composée à la fois d'un personnel à la fois administratif (secrétaire), paramédical (sage-femme cadre, coordinatrice du réseau) et médical (médecin coordonnateur qui est dans notre cas un pédiatre) permettant une prise en charge globale et pertinente des actions menées au quotidien.

Si les réseaux de santé ont une base légale commune concernant leur fonctionnement et leur organisation au quotidien, chaque thématique en santé peut présenter des particularités dans les objectifs que doivent prendre en compte ces réseaux. Il en va ainsi concernant les réseaux de santé en périnatalité qui se sont vus confiés certaines prérogatives : c'est le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité²¹ qui fixe ce cadre national destinés à l'ensemble des réseaux de la thématique. En effet, il est possible de fixer des objectifs communs pour l'ensemble de ces réseaux pour promouvoir d'une certaine manière l'égalité des citoyens devant la santé, même si bien entendu d'un territoire à l'autre les moyens ne sont pas forcément les mêmes et les

²¹Circulaire n° DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

objectifs régionaux (issus notamment du projet régional de santé et des schémas qui en découlent) également différents.

Ainsi, ce cahier des charges du 30 mars 2006 à destination des réseaux de santé en périnatalité a pour ambition de présenter de manière générale l'ensemble des missions que doivent assurer à terme les réseaux de santé en périnatalité et d'assurer leur développement afin que l'ensemble du territoire soit couvert par des réseaux de périnatalité. « *Ce cahier des charges précise ainsi les missions et objectifs des réseaux de santé en périnatalité, qui doivent proposer en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels concernés* ». Cette prise en charge globale devra donc bien être assurée par un large panel de professionnels et il est ainsi fait référence au fait qu'il s'agit aussi bien des professionnels de santé hospitaliers que ceux libéraux. Comme le rappelle le même document, la coordination ville-hôpital est un facteur clé dans la prise en charge et la détection des vulnérabilités psycho-médico-sociales : le médecin généraliste est un professionnel de premier recours à qui les personnes en situation de vulnérabilité font appel en premier ressort. Développer la coordination entre l'hôpital et le secteur libéral est donc essentiel. Cependant, c'est une difficulté conséquente dans la mesure où les réseaux de périnatalité sont souvent des réseaux inter-établissements à l'origine et donc hospitalo-centrés. Enfin, comme le signale la coordinatrice du réseau, « *il est en plus très difficile de dynamiser les médecins généralistes sur ces questions dans la mesure où ils n'ont à assurer le suivi que de trois ou quatre grossesses par an* ».

Cette première partie nous a permis de voir tout le chemin parcouru pour arriver à la reconnaissance des réseaux de santé comme acteurs essentiels du système pour assurer la coordination des soins et répondre aux besoins de santé. Il convient désormais de nous intéresser aux rapports externes de ces structures avec les pouvoirs publics, l'autorité de tutelle.

2. Pilotage des réseaux de santé et contractualisation : entre incitations externes et engagements internes.

L'existence des réseaux de santé dépend beaucoup de la dynamique des acteurs locaux, mais pour fonctionner au quotidien, le réseau de santé a besoin de ressources humaines et financières le conduisant à contractualiser avec un certains nombres d'acteurs.

2.1 Un pilotage externe régionalisé visant la pérennité des réseaux de santé et marqué par une multiplicité des contrats incitatifs.

Le processus continu et accéléré de la décentralisation dans la seconde moitié du XXème siècle en France a pour raison la nécessité de répondre efficacement à des problématiques « sociétales » par des politiques plus ciblées territorialement. Les réseaux de santé ont pris place dans cette évolution.

2.1.1 Régionalisation et pilotage des réseaux de santé.

« L'organisation au niveau régional est en effet considérée comme la clé d'une nouvelle répartition de l'offre de soins permettant à la fois de contenir les dépenses, de réduire les inégalités sur le territoire et de permettre une véritable coordination des intervenants en santé »²².

Si l'échelon régional apparaît comme aujourd'hui le plus pertinent dans la mise en œuvre des politiques de santé, la démarche tendant à la régionalisation a été un processus long conduisant à la reconnaissance tardive des réseaux de santé dont l'échelon pertinent de mise en œuvre est l'échelon local.

Si la loi Boulin du 31 décembre 1970 instaurant la carte sanitaire marque les prémices du processus de régionalisation, la démarche de régionalisation des politiques de santé s'est réalisée assez lentement. Elle a abouti dans un premier temps à la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) en 1996²³ qui sont les premières instances à regrouper l'ensemble des actions menées dans la planification de la politique

²² DUBERNARD, J-M ; 2003, La Régionalisation de la politique de santé, *Les cahiers hospitaliers*, Novembre 2003, pp 8-9.

²³ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

de soins hospitaliers (parallèlement à cela création des URCAM). Elles seront remplacées par les ARS en 2009²⁴.

Ce processus de régionalisation a donné lieu à un pilotage particulier des réseaux de santé de manière générale et a des spécificités selon les thématiques abordées.

De ce fait en prenant l'exemple du réseau « BNIV », celui-ci était auparavant piloté par la Mission Régionale de Santé (MRS). Celle-ci était constituée de membres de l'ARH et de l'URCAM et avait pour objectif de définir une stratégie cohérente de développement des réseaux au niveau territorial en fonction des besoins afin d'optimiser la gestion des projets (accompagnement, instruction et décision). La commission régionale des réseaux et de la coordination des soins en assure la mise en œuvre et l'accompagnement financier au titre du FIQCS.

Depuis la loi « HPST », il convient de remarquer que la MRS a laissé la place à l'ARS nouveau pilote des réseaux de santé, qui détermine de façon concertée avec eux les objectifs, les ressources budgétaires et les conditions d'évaluation via l'attribution du FIQCS à travers une convention triennale et un rapport d'activité annuel, et depuis peu avec le CPOM (nous y reviendrons dans le 3.).

De plus, les réseaux de santé en périnatalité dispose d'une autre instance de pilotage qui leur est spécifique, la Commission Régionale de la Naissance. Créée en 1999²⁵, la CRN est placée auprès de l'ARS et a pour objectif de « *contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique périnatale de la région* ». C'est un véritable organe fédérateur des professionnels de la périnatalité sur la région (dans le cas où il n'existe pas de réseau périnatal régional) devenue une Instance Professionnelle Consultative en Bretagne. Elle a quatre missions principales :

- Participer au développement des réseaux de périnatalité en vue de mieux coordonner une prise en charge globale des femmes pendant la grossesse et au cours de la période post-natale, ainsi que de la prise en charge des nouveau-nés vulnérables ;
- Proposer les adaptations nécessaires à la déclinaison des politiques nationales au niveau régional : cela se traduit notamment avec le travail d'élaboration du SROS.
- Développer les actions de formation des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans le domaine de la périnatalité. A ce titre, le réseau BNIV est un formateur agréé et réalise chaque année plusieurs sessions de formations (ex : entretien prénatal précoce,...).
- Informer les professionnels de de la périnatalité sur les travaux menés par la CRN (ex : Enquête et perspectives sur la question périnatale en 2009) ;

²⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

²⁵ Arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance.

- Evaluer les actions menées en périnatalité à l'échelon régional.

La CRN est donc un véritable organe pilote des orientations et des actions périnatales sur le territoire régionale et lorsque les réseaux de périnatalité réfléchissent sur les orientations stratégiques à mener, ils s'appuient alors des travaux de la CRN (ex : participation à l'élaboration du SROS). L'ARS accompagne ce pilotage des réseaux pour s'assurer d'une part du respect des règles propres au fonctionnement en réseau et pour vérifier qu'ils respectent les orientations politiques prises au niveau régional.

2.1.2 La théorie de l'Agence, un contrepoids au pilotage externe ?

Jusqu'à l'avènement des ARS, les relations entre les réseaux de santé et la MRS prenaient la forme d'une convention destinée à assurer le financement via le FIQCS des réseaux de santé.

Les relations entre ces deux entités étaient alors fondées sur une forte asymétrie informationnelle que traduit relativement bien la théorie de l'agence : en effet, la MRS (désormais l'ARS) finance et encadre l'organisation des réseaux de santé sans réellement avoir de lisibilité sur les actions et les activités de manière générale de ces structures. Il s'agit donc ici d'une information imparfaite caractérisée essentiellement par le caractère inobservable des agents (Arrow, 1963). Dans cette situation, la MRS joue le rôle de Principal en étant mal informé de l'action des réseaux de santé eux-mêmes prenant la place de l'Agent qui détiennent une rente informationnelle. En effet, les réseaux de santé lors de la négociation de leurs conventions peuvent détenir des informations qu'ils ne divulguent pas à l'autorité de tutelle afin de détenir une marge de manœuvre dans leurs activités. Cette expression de « marge de manœuvre » paraît mieux adaptée dans le cas des réseaux de santé (notamment ceux exerçant principalement une activité exclusive de coordination) que celle plus couramment utilisée de « *stratégie de moindre effort* », dans la mesure où les réseaux de santé dépendent avant tout de l'investissement de ces adhérents.

Cependant, en prenant l'exemple du réseau de santé « Bien Naître en Ile-et-Vilaine », il convient de remarquer que si son financement se fait de manière globale avec le FIQCS, une partie de celui-ci dépend exclusivement de l'activité des adhérents du réseau : par exemple, le réseau assure lui-même directement le versement des gardes en urgences pédiatriques, ce qui incite les professionnels à s'investir dans celles-ci et à rendre un service (un soin) de qualité.

Il appartient à l'ARS de développer la mise en œuvre de contrats incitatifs visant à favoriser le travail en réseaux des professionnels et à s'assurer ainsi de la recherche optimale de résultats de l'organisation par rapport aux moyens engagés. Tout de même, il faut aussi que les acteurs adhérents aux réseaux se contrôlent mutuellement afin de s'assurer d'une organisation optimale et de résultats optimums.

2.2 Un pilotage interne maintenant la dynamique des acteurs locaux.

Si la convention signée entre la MRS et le réseau apparaît comme l'outil principal d'encadrement du fonctionnement du réseau, il existe d'autres types de conventions entre le réseau et des partenaires extérieures mais aussi entre les acteurs mêmes du réseau.

2.2.1 La coordination interne entre acteurs.

L'existence des réseaux de santé s'appuie sur une base, une culture commune des professionnels visant à répondre à des besoins de santé particuliers et le réseau est l'intermédiaire dans la prise en charge globale d'une pathologie. Pour cela, les acteurs adhérents au réseau ont déterminé des règles, des procédures communes dans la détermination de prise de décisions, d'orientations des objectifs, de leur mise en œuvre et leur contrôle par le réseau lui-même. En ayant directement participé à l'élaboration de ces règles de fonctionnement ou en ayant adhéré aux principes, les acteurs du réseau sont par conséquent incités à les respecter et à faire prévaloir (ou du moins concilier) les intérêts du réseau sur leurs intérêts personnels. Les engagements pris par les partis peuvent être considérées comme des « conventions ». Ainsi, au sein du réseau « Bien Naître en Ille-et-Vilaine, les adhérents au réseau sont amenés à signer une charte du réseau pour en devenir membres. Celle-ci vise à présenter à tous les acteurs du réseau les engagements mutuels et le cadre de l'exercice. « *Elle décrit les principes de fonctionnement du réseau, les modalités d'adhésion et de sortie du réseau, les rôles et devoirs de chacun, les moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs, dans le respect du cadre juridique sur lequel elle s'appuie [...] Les adhérents professionnels du réseau s'engagent à respecter l'ensemble des règles décrites dans sa charte* ». Elle reprend donc de manière simplifiée les objectifs généraux définis dans la convention constitutive, à savoir :

- accroître la sécurité périnatale en assurant l'orientation optimale des patientes et des nouveau-nés vers le niveau de soin que requiert leur état de santé.
- promouvoir la proximité pour éviter les séparations mère enfant chaque fois qu'elle

est compatible avec la sécurité.

De plus, cette charte rappelle que ces objectifs reposent sur des valeurs partagées et l'élaboration d'une culture commune telles que :

- L'organisation du travail pluridisciplinaire, interprofessionnelle et inter-établissements dans une dynamique de prise en charge globale des familles ;
- La collaboration transversale entre partenaires, chacun restant libre et responsable de ses décisions et de ses actes ;
- Les engagements mutuels entre les professionnels et les usagers, chaque usager restant libre du choix de son praticien ;
- La coordination des acteurs en amont du soin (formations, rédaction de protocoles communs, de référentiels...) et en aval du soin (évaluation des pratiques, épidémiologie...) pour assurer la qualité du parcours de soins des patients dans les meilleures conditions d'assistance médicale, sociale et psychologique possibles ;
- Les engagements des professionnels pour leur formation continue tout au long de la vie afin de maintenir des prestations de qualité ;
- Les engagements des professionnels pour l'information des usagers et la recherche constante de leur participation.

Pour s'assurer du respect de ces principes et surtout de leur adhésion dans le temps, le réseau de santé met en œuvre un certain nombre d'instances visant à favoriser la communication entre les acteurs du réseau : il faut que ceux-ci soient pleinement intégrés aux démarches de concertation et dans une moindre mesure de décision qui vont donner lieu au respect des objectifs du réseau.

Pilotage du réseau « Bien Naître en Ile-et-Vilaine » selon 3 modalités

Pilotage structurel : il concerne le processus de direction et de pilotage général.

- *Assemblée générale* : bilan moral et financier présenté avec discussion du rapport d'activité du réseau.
- *Conseil d'administration* : oriente, ajuste et suit les grandes lignes du plan d'action.
- *Bureau* : validation des décisions, ajustements des initiatives prises par l'équipe de coordination en cours de projet.
- *Comité de pilotage* : assure le contrôle, la supervision et l'évaluation du réseau.

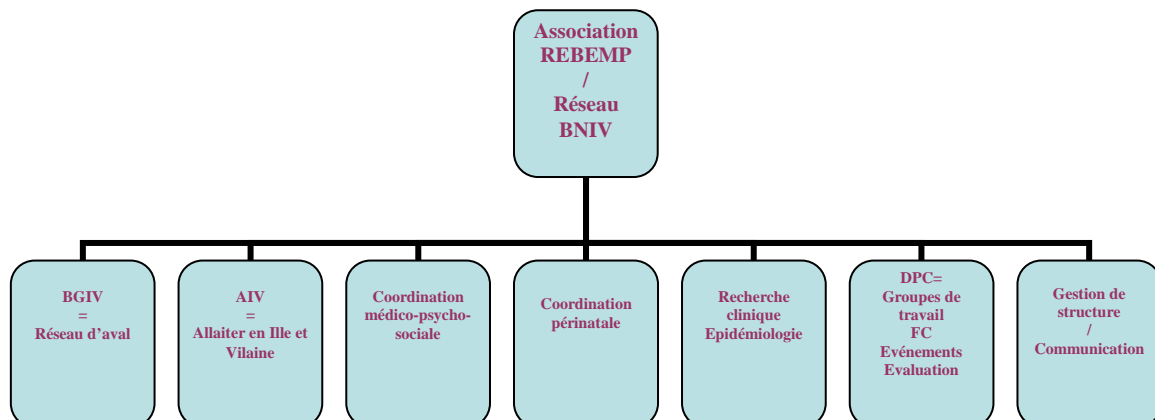
Pilotage fonctionnel : il concerne le processus de gestion et d'administration de la structure : gestion financière, des ressources humaines, de la communication,...

Pilotage lié à l'objet : il concerne le processus d'organisation de l'activité et d'évaluation (conduite en mode projet).

2.2.2 Un pilotage interne en mode projet favorable au développement des partenariats.

Pour assurer la réalisation de ces actions de la manière la plus efficace possible, le réseau BNIV a construit son fonctionnement à partir de la mise en œuvre d'une pluralité d'instances de coordination, assurées par l'équipe de coordination du réseau et destinée à réfléchir à différentes questions et mener les actions qui en découlent. C'est en quelque sorte un management en mode projet où chaque équipe a des objectifs (et des attentes) déterminés visant à la mise en place de certaines actions.

Ainsi, on peut définir l'organisation de la structure de cette manière :



Concrètement, au sein de cette organisation, nous avons donc un certain nombre d'instances de coordination auxquelles prennent part une pluralité d'acteurs provenant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. La division en différentes équipes de travail permet à la fois une meilleure intégration des professionnels de santé en fonction des intérêts qu'ils peuvent avoir à participer à ces groupes, mais aussi participe à la dynamique des partenariats que le réseau peut développer avec d'autres acteurs. L'intérêt est donc à la fois d'intéresser un maximum d'acteurs concernés par les questions de périnatalité mais aussi développer les échanges pour favoriser les liens avec des structures extérieures et rechercher une diversité dans les financements des actions du réseau.

Ainsi, si le financement du réseau est très majoritairement assuré par la dotation au titre du FIQCS, certaines actions du réseau sont financées par des partenaires extérieures, permettant d'être moins dépendant du FIQCS et d'un pilotage externe de l'ARS :

- Mise en œuvre d'un registre régional des malformations congénitales ayant pour objectif d'assurer une surveillance épidémiologique de la survenue des malformations congénitales en Bretagne mais aussi d'évaluer l'impact des actions de santé (=cadre de l'évaluation). Cette action est réalisée à partir d'un financement assuré par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), de l'ARS Bretagne (ne rentrant pas dans le cadre du FIQCS) et du conseil régional.
- Revue de mortalité / morbidité assurée à partir d'un financement du conseil général.

Si l'objectif est donc bien de rechercher une diversité dans les sources de financement, la mise en œuvre de ces deux actions par exemple part de la volonté des acteurs du réseau de répondre à des besoins constatés. Le fait d'être à l'initiative dans la recherche de financement (ex : réponse à des appels d'offres, demandes de subvention) laisse ainsi libre cours aux initiatives des professionnels du réseau, tout en assurant un pilotage interne à la structure.

2.3 Rechercher la transition vers un pilotage interne désiré et réfléchi.

S'il est évident que les réseaux de santé sont contraints à respecter des règles de fonctionnement institutionnelles et prédéterminées, il est intéressant de rechercher une mise en œuvre progressive d'un pilotage interne de la structure qui serait intégré par les acteurs du réseau.

En effet, comme le présente A. BUTARD²⁶, afin d'assurer un pilotage cohérent des réseaux de santé, il conviendrait d'envisager un pilotage interne en deux phases : la première est contraignante et encadrée par l'autorité de tutelle « afin d'initier la coopération », la seconde traduit l'arrivée à maturité du réseau et viserait à rechercher l'autonomie croissante de l'organisation vis-à-vis de la tutelle.

Concrètement, il faudrait commencer dans un premier temps par instiguer « une coordination par prescription » visant à développer des règles communes d'apprentissage de la coopération à partir de normes institutionnelles, à une « coordination par l'action » (HUET et LAZARIC, 2004)²⁷ destinée à développer une réelle coopération entre acteurs. Aujourd'hui, l'une des difficultés rencontrées par les réseaux de santé est le fait qu'ils développent de nombreux liens avec les acteurs de santé (réunions, séminaires,...), mais que ceux-ci ne permettent pas forcément de développer des liens de coopération directe entre acteurs et ne conduisent pas à la mise en œuvre d'actions concrètes. Cela s'explique notamment par le cadre de l'évaluation des réseaux de santé qui les incite à développer un maximum de liens, sans forcément créer quelque chose après. Ainsi, il pourrait être envisageable de fixer en commun, entre les réseaux et leurs acteurs d'un côté et l'autorité de tutelle de l'autre, des objectifs communs à l'ensemble des acteurs (ex : organisation de sessions de formations par le réseau auxquels les acteurs du réseau devraient répondre après une convention établie).

Dans un second temps, il pourrait être envisagé que ces règles prescriptives établissant la coopération seraient intégrées et deviendraient des automatismes. Il serait dès lors de la prérogative de la tutelle, de rechercher des modes de coopération partenariale avec les réseaux de santé, plutôt que des rapports hiérarchiques tels qu'ils peuvent exister aujourd'hui (référence notamment au cadre d'attribution du FIQCS pour les réseaux). Cela favoriserait la confiance et la dynamique des acteurs des réseaux de santé.

²⁶ BUTTARD A. ; 2008, *Le réseau en santé, une pluralité de fondements théoriques pour une mise en œuvre pertinente*, Thèse pour le doctorat de sciences économiques: UNIVERSITE DE BOURGOGNE, 681 p.

²⁷ HUET F. et LAZARIC N. (2004), « *Apprentissage coopératif et complémentarité des mécanismes de coordination : une étude empirique* »; *Économies et Sociétés*, Série Dynamique technologique et organisation, n° 8 (décembre), p. 2073-2103.

Après avoir vu les modalités de pilotage externe et interne des réseaux de santé, il convient de s'intéresser aux fondements même des nouveaux modes de contractualisation pour les réseaux de santé et en premier lieu aux changements engendrés par la mise en œuvre des CPOM.

3. New Management Public et encadrement des réseaux de santé : l'exemple du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Pour comprendre l'évolution des rapports contractuels entre l'Etat et les acteurs en santé, il convient de replacer l'apport du New Management Public (NMP) dans la conception des politiques publiques.

3.1. Les bouleversements du New Management Public dans le rapport Etat / acteurs de santé.

3.1.1. L'introduction du New Management Public dans les politiques de santé.

Comprendre les logiques et l'impact du NMP sur les modes de fonctionnement et de gestion des politiques publiques nécessite de rappeler le contexte qui a conduit à son émergence.

Celui-ci naît dans les années 80 dans les pays anglo-saxons suite aux crises économiques lourdes qui les ont directement touchés provoquant l'augmentation des déficits publics. Le constat de l'échec de l'Etat Providence dans la sphère économique participe au rejet de son caractère interventionniste dans la société en général. Dès lors, c'est tout une remise en cause de la logique de fonctionnement et de gestion des organisations publiques qui est soulevée et il est mis en exergue pour l'administration publique de s'inspirer des logiques de gestion du secteur privé. Le fonctionnement dans les administrations publiques était jusqu'alors basé sur le modèle de la bureaucratie qui apparaissait comme la seule forme organisationnelle permettant de lutter contre l'intrusion du pouvoir politique et managérial par la mise en place de procédures et de règles spécifiques. Cependant, celle-ci n'était pas adaptée au changement initié par la société post-industrielle (développement de la notion de la qualité et du service rendu à l'utilisateur). Dès lors, la doctrine du NMP s'est imposée aux administrations publiques qui doivent avoir pour ambition la recherche des résultats à partir d'objectifs déterminés, une utilisation des ressources plus disciplinée : c'est donc passer à une logique de performance et rechercher l'efficacité dans les ressources publiques.

Ce changement de mentalité, d'organisation de l'administration publique s'adapte également très bien à l'évolution des rapports entre ces mêmes administrations et les acteurs en santé.

La loi « HPST » marque un tournant dans l'instauration des politiques de santé et leur mise en œuvre sur le territoire, institutionnalisé avec la création des ARS. En effet, celles-ci sont des établissements publics et ont la volonté de décloisonner le système de santé à l'échelon régionale : celui était alors caractérisé par une pluralité des organismes intervenants dans les dispositifs de santé. On pouvait notamment remarquer la fragmentation entre l'ARH d'une part qui assurait le pilotage de l'organisation hospitalière des soins avec la mise en œuvre du SROS, et l'URCAM qui assurait la gestion de l'offre ambulatoire du territoire. Si des organismes de « coopération » existaient comme la MRS, la segmentation entre l'ARH et l'assurance maladie était à l'origine de nombreuses difficultés dans l'organisation d'une offre cohérente des soins mais aussi à des surcoûts liés à de nombreux dysfonctionnement et à la coexistence des structures. De plus, d'autres structures intervenaient à côté pour assurer notamment la promotion des actions en santé publique (ex : Groupement Régional de Santé publique) mais aussi pour assurer l'organisation médico-sociale (ex : CRAM).

Ce décloisonnement se traduit en particulier avec la fusion des ARH et de l'URCAM au sein de l'ARS permettant une organisation concertée de l'offre de soins avec le SROS et ces volets sanitaire et ambulatoire ; mais plus globalement, c'est la création du Projet Régional de Santé qui assure la planification régionale de la politique de santé en organisant de manière cohérente l'organisation sanitaire, médico-social et de santé publique. Pour assurer la réussite de ces dispositifs, l'Etat a laissé le soin à chaque ARS de déterminer elle-même son organisation en fonction des acteurs et des besoins de santé de chaque territoire.

De ce fait, le libre choix dans son organisation traduit l'objectif de rechercher une efficacité dans l'organisation mais aussi celle des offreurs de services de santé. Cela se traduit par un outil principalement, le CPOM.

3.1.2 Le CPOM : vers l'efficacité du système de santé.

Le CPOM est ainsi devenu progressivement l'outil de contractualisation qui entérine les engagements contractuels entre les acteurs de santé et les autorités de tutelle.

Créé par les ordonnances Juppé de 1996 et consolidé par l'ordonnance du 4 septembre 2003²⁸, celui-ci a pour objectif de permettre une plus grande responsabilité des établissements de santé par une autonomie de gestion. Il s'inscrit dans une évolution des modalités de leur fonctionnement aussi bien au niveau de leur organisation (ex : nouvelle

28

gouvernance) que de leur financement (ex : passage de la dotation globale à la tarification à l'activité), dans une démarche de recherche de la performance (ex : contrats de performance).

Ce CPOM, dans un contexte de planification régionale devient donc pour les établissements de santé l'outil phare de la contractualisation.

Suivant ce modèle de contractualisation, l'ARS a également conclu un tel contrat avec le ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique et le ministère de la santé et des sports. Celui-ci doit notamment décliner les objectifs stratégiques que l'ARS mettra en œuvre afin de répondre à trois grandes priorités nationales : améliorer l'espérance de vie en bonne santé, promouvoir l'égalité devant la santé, développer un système de santé de qualité, accessible et efficient. Pour cela, ce CPOM se présente sous la forme d'un tableau de bord avec des objectifs locaux et nationaux (à partir d'indicateurs de santé) qui engage l'ARS, le suivi et l'évaluation de ce contrat étant assurés par le comité national de pilotage. De même, ce CPOM prévoit également des modalités d'évaluation de la gestion interne de l'Agence en visant l'efficacité dans les choix de la méthode de travail ainsi que la recherche d'économie réalisable.

En s'engageant à travers ce CPOM, l'ARS, responsable de la recherche de l'efficacité des fournisseurs de services de santé, doit donc contractualiser avec l'ensemble des offreurs de soins de son territoire afin de respecter les engagements qu'elle a pris. C'est ainsi que le CPOM s'est élargi à l'ensemble des acteurs assurant une offre de services en santé, conduisant à ce mode de contractualisation pour les réseaux de santé.

3.2 Le CPOM, un outil au service des réseaux de santé ?

3.2.1 La volonté de rendre pérenne l'existence et les activités des réseaux de santé...

Si la notion de CPOM dans le système de santé apparaît dès 1996 avec la nécessité pour les établissements de santé de contractualiser ainsi avec les ARH, cet outil de contractualisation est très récent pour les réseaux de santé. C'est avec la loi HPST que ce mode de contractualisation est adopté pour les réseaux de santé en remplacement des conventions triennales qui constituaient le socle des rapports entre ces

réseaux et l'ARS (MRS auparavant). C'est un décret du 4 octobre 2010²⁹ qui prévoit les modalités de mise en œuvre de ce CPOM pour les réseaux. Ainsi, celui-ci détermine pour le réseau de santé :

- « *Les principales orientations de son projet de santé en tenant compte des objectifs issus du Projet Régional de Santé* » : l'élaboration du volet « périnatalité » dans le SROS en collaboration avec les réseaux de santé apparaît comme stratégique pour que ceux-ci soient en mesure d'avoir des objectifs cohérents avec la politique régionale ;
- « *Les conditions d'organisation et de fonctionnement du réseau et ses engagements en termes de coordination en vue d'améliorer le parcours de soins des patients* » : il s'agit ici de revenir aux modalités de pilotage de la structure ainsi que les liens développer avec l'ensemble des partenaires des champs sanitaire, médico-social et social ;
- « *Ses engagements en termes d'accès aux soins, de continuité des soins et de service rendu au patient* » ;
- « *Ses engagements en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins* » : le réseau BNIV participe activement à ces objectifs en assurant notamment l'organisation de formations, de protocoles et de référentiels à destination des professionnels ;
- « *Ses engagements en vue de renforcer l'efficacité de son organisation et de disposer d'outils de suivi et d'évaluation de la performance attendue* » : le réseau BNIV assure un suivi continu des actions, notamment avec la cellule d'épidémiologie destinée à voir l'évolution des indicateurs de santé (existence également de groupes d'expert assurant un bilan des actions menées) ;
- « *Ses engagements en termes de développement des systèmes d'information et de transmission des données informatisées* » : cela concerne par exemple tous les outils de communication du réseau et de transfert de l'information (site internet, réflexion sur un dossier périnatal partagé et informatisé).

Il prévoit également les contreparties financières associées aux engagements contractuels (prévues dans le cadre du FIQCS), les engagements avec d'autres partenaires (insister sur le développement des partenariats financiers avec les collectivités locales, les établissements publics comme l'INVS) ainsi que les conditions d'évaluation et les inexécutions des engagements prévus au contrat.

Tous ces engagements apparaissent comme la raison d'être des réseaux de santé, à savoir en premier lieu être l'acteur principal de la coordination des professionnels

²⁹Décret n°2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif au CPOM conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé

de santé permettant avant tout d'assurer la continuité de la prise en charge des soins avec des objectifs particuliers en matière de qualité et de sécurité des soins.

De plus, le texte prévoit que ce contrat est prévu pour une durée de cinq ans. Il offre aux réseaux de pouvoir se projeter dans l'avenir et de s'engager par conséquent à décliner certains projets.

3.2.2 ...Mais aussi l'ambition de mieux cadrer l'activité des réseaux dans une optique d'efficience.

Si dans une première approche, on a pu voir que ce CPOM semble se réaliser dans la continuité de ce qui se faisait précédemment avec les conventions, une première remarque peut être faite d'emblée : c'est la notion même de contrat. En reprenant la définition du contrat du code civil, l'article 1101 stipule que « *le contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou ne pas faire quelque chose* ». Or à la lecture du texte, ce qui apparaît évident c'est tout d'abord le caractère faussement contractuel des CPOM pour plusieurs raisons, (faisant du CPOM un contrat administratif) caractérisé par :

- Absence de liberté contractuelle tant dans la procédure que dans le contenu : obligation pour le réseau de santé de contracter avec l'ARS ;
- Inégalités des co-contractants : déséquilibre dans les obligations de chacune des partis ;
- Sanctions unilatérales : le contrat ne fait mention que de sanctions encourus par le non-respect des engagements des promoteurs des réseaux qui contracte avec l'ARS.
- Absence d'engagement réel de l'Etat.

Au-delà du flou juridique caractérisant le CPOM mais traduisant tout de même un cadrage accentué des missions des réseaux de santé, il convient de remarquer l'insertion claire des notions de gestion et d'efficience dans le CPOM : on parle de « *l'efficience de son organisation* », « *d'outils de suivi et d'évaluation de la performance attendue* ». En effet, alors qu'avec la convention triennale les réseaux étaient plus dans une relation de confiance avec la MRS (puis l'ARS) où celle-ci contrôlait strictement en amont et en aval l'affectation et l'utilisation des moyens, le CPOM semble marquer un passage évident à la logique de gestion où celle-ci est au centre des préoccupations. Il semblerait donc que l'on passe entre la tutelle et le réseau d'un dialogue centré sur les besoins, les missions, les moyens, à un dialogue essentiellement basé sur la gestion. C'est une préoccupation croissante des acteurs des réseaux de santé dans un contexte où les dépenses de santé

sont de plus en plus encadrées et limitées. De plus, la volonté d'allouer les moyens financiers en fonction des objectifs avec des indicateurs de performance, de résultat, traduit cette marche en avant à l'efficience : « *faire mieux avec moins* ».

3.3 Une délicate élaboration du CPOM.

3.3.1 Une complexe articulation entre objectifs et moyens.

Etant donné que le CPOM a pour objectif de donner la ligne directrice de l'organisation sur le moyen / long terme, il convient dès lors de s'assurer que les orientations choisies tiennent compte au mieux des intérêts de l'ensemble des acteurs du réseau. Pour cela, il est nécessaire qu'il existe une cellule de concertation destinée à la réflexion sur ce CPOM et qui dégagera les options choisies. Il convient donc de choisir au sein du réseau les membres qui seront les plus pertinents pour représenter au mieux l'ensemble des professionnels du réseau.

De plus, il convient aussi de prendre également en compte l'environnement dans lequel le réseau de santé évolue : en effet, selon les thématiques et les territoires, les besoins et les attentes ne sont pas les mêmes. On peut ainsi décliner un socle de principes sur lesquels le réseau de santé va s'appuyer pour élaborer ce CPOM :

- L'approche territoriale : le réseau doit d'abord tenir compte des caractéristiques propres du territoire dans lequel il évolue ; cela conduit à la fois à la détermination d'un diagnostic (travail épidémiologique de relevé et d'analyse des différents indicateurs) mais aussi à voir l'organisation de l'offre des soins sur ce territoire.

- Au niveau du diagnostic territorial, on peut retenir :

- L'augmentation du nombre de naissances (+2.6% en huit ans) ; des indicateurs de morbidité et de mortalité (mortalité néonatale à 1.9/1000 et périnatale à 9.9/1000, source Insee 2007) parmi les meilleurs des régions françaises ;

- ...Mais des difficultés dans l'organisation des transferts périnataux et des services de réanimation néonatale et de néonatalogie en Ile-et-Vilaine avec une maternité de niveau 3 saturée ; la problématique de la démographie médicale dans les années à venir et la place de la médecine libérale dans le suivi des grossesses.

- Au niveau de l'offre de soins sur le territoire d'intervention du réseau, on a la situation suivante : une maternité de niveau 3 (le CHU de Rennes), trois maternités de niveau 2 (Clinique La Sagesse, CHP Saint-Grégoire, CH de Saint-Malo), trois maternités de niveau 1 (CH Fougères, CH Vitré, CH Redon).

A cela, il faut bien entendu ajouter l'ensemble des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, sages-femmes,...) et d'autres intervenants comme le Conseil général par exemple avec la PMI.

- Des références nationales : comme nous avons pu le voir précédemment, les réseaux de santé s'inscrivent dans le cadre de politiques publiques et doivent de ce fait mettre en œuvre les prérogatives qui ressortent de celles-ci (ex : Plans de périnatalité, cahier des charges des réseaux de périnatalité,...) et les grandes orientations en matière de santé.

- Des références régionales : il convient pour le réseau de tenir compte des principales orientations définies dans le cadre du projet régional de santé. A ce jour en Bretagne, seul le plan stratégique régional de santé a été officialisé mais les premières réunions de concertation réalisées par la Commission Régionale de la Naissance dans le cadre de l'élaboration du SROS 4 permettent d'avoir une première idée des objectifs spécifiques vis-à-vis de l'action périnatale en Bretagne. Nous allons en retenir un : celui de la prise en charge des grossesses à bas risque par les professionnels de santé libéraux.

- Une approche structurelle : tenir compte du projet du réseau avec les différents objectifs généraux qu'il doit assurer.

De plus, une fois ce travail préparatoire indispensable à réaliser, il convient de reprendre la logique du CPOM qui convient à déterminer les priorités d'actions à décliner avec les moyens humains, organisationnels et financiers s'y attachant. Cependant, si pour le réseau fixer des priorités est réalisable (même si dans certains cas des événements imprévus peuvent apparaître en cours de contrat conduisant éventuellement à des avenants au contrat), il importe d'en définir les moyens en particulier ceux financiers. En effet, en prenant l'exemple des journées de formation organisées par le réseau, celui-ci va envisager un certain budget destiné à rémunérer les professionnels de santé libéraux (compensation due à l'absence de consultations), mais la difficulté demeure dans l'estimation de celui-ci en raison de la difficile mobilisation de ceux-ci : faut-il alors envisager à la baisse le budget au risque de refuser certains professionnels ? Ou vaut-il mieux l'envisager à la hausse avec le risque de devoir rendre ensuite le surplus au risque de ne pas respecter l'engagement pris avec l'ARS ?

Enfin, une autre problématique demeure essentiel : le réseau « Bien Naître en Ille-et-Vilaine est un réseau qui doit promouvoir le volet ville-hôpital, or il est plus clairement aujourd'hui hospitalo-centré en développant essentiellement de la coordination et de la

prise en charge à destination des établissements de santé. Comment assurer son financement au titre du FIQCS dans le futur CPOM si celui-ci ressemble plus à un réseau inter-établissement et qu'en outre mobiliser les professionnels de santé libéraux est particulièrement difficile ?

A retenir pour le réseau « BNIV »

Au vu de ces éléments et après réflexion, j'ai pu dégager certaines orientations stratégiques qui pourraient être déclinées dans le cadre du CPOM pour le réseau « BNIV » :

- Assurer et coordonner la prise en charge et le suivi des nouveau-nés vulnérables (pas de suivi continu assuré par le CAMSP) ;
- Assurer et coordonner le suivi dans le cadre des sorties de maternité (développer notamment les liens avec l'Hospitalisation A Domicile dans le cadre des sortie précoces dans un contexte de baisse des Durées Moyennes de Séjour) ;
- Consolider le rôle des Professionnels de Santé Libéraux dans la prise en charge des grossesses à bas risque (Médecins Généralistes notamment) et la coordination ville / hôpital dans les grossesses à risque.
 - Renforcer les dispositifs de prévention et de prise en charge des vulnérabilités médico psycho sociales et consolider l'environnement psychologique de la naissance ;
 - Accompagner l'allaitement maternel ;
 - Maintenir les missions déjà en place actuellement (formations, informations / communication, épidémiologie, ...)

3.3.2 Une évaluation de fait inadaptée à la logique en réseaux ?

Si l'ARS est bien consciente de la nécessité de travailler en réseaux pour répondre de manière globale et continue à des besoins de santé déterminés (notamment dans le cadre des patients poly pathologiques), il n'en demeure pas moins que les moyens de cette agence ne sont pas indéfiniment extensibles et qu'elle est freinée dans son action par un certains nombres d'obligations conclus à travers un CPOM avec le ministère de la santé. Ainsi, le CPOM qui doit être conclus entre celle-ci et le réseau de santé « *fixe les modalités d'évaluation de la mise en œuvre des objectifs et engagements et prévoit notamment les indicateurs nécessaires à cette évaluation* »³⁰.

³⁰Décret no 2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé.

De cette manière, tout réseau doit prévoir dans son cahier des charges les modalités d'évaluation de son projet afin d'avoir une vision sur la pertinence et la qualité des projets engagés par les réseaux de santé ayant suscité un financement public.

Cette affirmation de l'évaluation s'inscrit ainsi dans une démarche globale d'évaluation générale des politiques publiques et surtout d'encadrement des dépenses de santé qui ont explosé ces dernières années. On est ainsi passé progressivement d'une logique d'efficacité basée sur les résultats à une logique d'efficience basée sur les moyens engagés.

De ce fait, si les logiques d'évaluation des réseaux de santé étaient déjà existantes bien avant le CPOM, force est de constater que cette évaluation réalisée par la MRS était relativement souple et était plus symbolique que véritablement évaluative. Dans cette optique, nous pouvons prendre l'exemple de ce qui se faisait auparavant au niveau de la MRS Bretagne qui montre bien cette évaluation plus symbolique que véritablement exigeante pour les réseaux en matière de résultats. Celle-ci se faisait en quatre étapes :

- 1^{ère} étape : délégation de la MRS qui se rendait dans les réseaux à disposition de leurs promoteurs pour les aider à remplir les documents liés à l'identification des réseaux et leur présentant des attentes de cette « évaluation ».
- 2^{ème} étape : Autoévaluation réalisée par les réseaux à partir de leurs objectifs et des résultats obtenus.
- 3^{ème} étape : délégation de la MRS qui revoyait les réseaux pour voir les résultats de cette évaluation.
- 4^{ème} étape : passage devant la commission régionale des réseaux et de la coordination des soins pour l'attribution du FIQCS. La soutenance des dossiers est assurée par les membres de la MRS en présence des promoteurs du réseau.

Il s'agissait donc bien d'une évaluation qui était véritablement basée sur la forme que sur le fond avec une analyse fondée sur un rapport d'activité rendu annuellement et une évaluation triennale, mais où la notion d'objectifs et de résultats était succincte. Ainsi, l'évaluation basée sur des indicateurs qualitatifs et quantitatifs restait informelle, même si bien entendu des référentiels sur l'évaluation des réseaux de santé existaient déjà : il convient de rappeler dans ce contexte l'existence d'un premier document publié par l'ANAES en 1999³¹ présentant les objectifs généraux de l'évaluation, complété en 2004 par un guide d'évaluation des réseaux de santé en 2004. « *Ce dernier précise que l'évaluation des réseaux de santé constitue un préalable indispensable à l'accréditation*

³¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 1999, *Principes d'évaluation des réseaux de santé* ; Paris.

des réseaux de santé, prévue par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ».

Cette démarche visait donc plus pour les pouvoirs publics à prendre connaissance des missions réalisées par les réseaux que d'établir une véritable évaluation basée sur des résultats à atteindre.

Mais la donne ne risque-t-elle pas de changer avec la mise en œuvre prochaine des CPOM pour les réseaux de santé ? En effet, le décret d'application donnant les modalités de signature des CPOM précise que *« le contrat fixe les modalités d'évaluation de la mise en œuvre des objectifs et engagements et prévoit notamment les indicateurs nécessaires à cette évaluation »*. De plus, il précise plus loin que *« le directeur général de l'ARS peut récupérer tout ou partie des financements déjà versés au titre des engagements non mis en œuvre et annuler, le cas échéant, les financements prévus. Le contrat peut être modifié en conséquence »*. Cela signifie entre autres que l'évaluation des réseaux de santé se fera à partir des objectifs définis et des niveaux d'indicateurs de résultats à respecter au vu des engagements pris dans le contrat. Mais les réseaux de santé ne sont pas des structures comme les autres : ils dépendent directement de l'investissement des acteurs locaux et de leurs engagements vis-à-vis de ces réseaux. D'une part, ils demeurent relativement libres vis-à-vis de leurs engagements au quotidien, d'autre part le réseau de santé ne dispose de prérogatives véritablement contraignantes vis-à-vis de ces adhérents.

En prenant l'exemple du réseau « Bien Naître en Ille-et-Vilaine », l'une de ses missions principales est la formation continue des professionnels de santé qui ont adhéré aux réseaux. Or, l'équipe de coordination constate souvent que ces séminaires de formation ne sont pas librement à la disposition des professionnels : les structures adhérentes au réseau ne laissent pas souvent la possibilité (voir très rarement dans certains cas) à ces personnels médicaux et paramédicaux de se former (en raison des contraintes budgétaires par exemple liées au remplacement de ces personnes qui iraient en formation). Dès lors, comment le réseau pourrait-il s'engager à former un certain nombre de professionnels ? De même, si le réseau est promoteur d'un certain nombre de protocoles et référentiels liés à la qualité de la prise en charge des parturientes de manière générale, il n'est pas l'acteur des soins et ne peut donc pas contrôler le respect des normes qu'il aurait engagé.

Si des résultats en matière d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont difficilement envisageables, il n'en demeure pas moins que le réseau de santé, acteur de coordination, est un acteur primordial sur un territoire de santé par les liens qu'il peut créer entre

professionnels de santé et sociaux. Les indicateurs de coordination seraient alors plus pertinents à mettre en œuvre dans ce contrat même s'ils sont plus difficiles à évaluer. Si la plus-value du réseau (aussi bien quantitativement que qualitativement) est réelle, elle demeure toutefois difficile à projeter dans l'avenir. Les apports du CPOM demeurent donc contestables et la question de son adaptation aux réseaux de santé est posée.

3.3.3 Vers un consensus New Management Public et logiques professionnelles ?

Au regard des limites présentées et du développement des nouvelles méthodes d'organisation et de gestion issues du New Management Public, comment faut-il comprendre l'instauration du CPOM pour les réseaux de santé ?

Une première approche que l'on pourrait qualifier de politique, met en exergue le fait que c'est un contexte particulier, celui de la propagation à l'ensemble des secteurs (économiques, culturels, sociaux,...) de la démarche contractuelle avec le souci de développer la performance du système, qui explique cette mise en œuvre du CPOM pour les réseaux. L'objectif n'est alors pas de remettre en cause la spécificité de la santé qui fait d'elle un bien public, mais bien de rechercher à lutter contre les gaspillages qui lui sont associée. Ainsi, *« en s'inscrivant dans la logique de marché, mais en respectant les spécificités de bien public de la santé, la contractualisation apparaît alors comme un moyen ouvrant de larges perspectives pour l'amélioration de la performance des systèmes de santé »*.

Une autre approche serait-elle plus juridique : l'intérêt de la reconnaissance du contrat comme outil de droit permettrait d'encadrer de manière juridique les relations entre l'autorité de tutelle et les réseaux de santé (obligations et engagements des parties, clauses du contrat,...). De ce fait, créer du droit permet de limiter les contentieux qui peuvent naître des litiges opposant les deux parties au contrat, même si ce contentieux existe également avec le droit (impossibilité de définir toutes les situations qui pourraient être source de litige). Par exemple, concernant le CPOM pour les réseaux de santé, des litiges pourraient naître du flou qui règne sur les engagements de l'ARS vis-à-vis des réseaux de santé.

Enfin, une dernière logique qui pourrait être évoquée est celle du nominalisme : il faut un instrument qui permette de conceptualiser les relations qui peuvent exister entre les réseaux de santé et l'ARS. Même si une convention sur trois ans existait déjà, la reconnaissance par un contrat clarifie les rapports entre les partis.

Le CPOM apparaît donc comme un nouvel outil auquel les réseaux de santé vont devoir s'adapter notamment dans une logique d'efficience et d'évaluation, il n'en demeure pas moins que les logiques professionnelles inhérentes aux réseaux de santé vont nécessiter une adaptation du CPOM qui ne pourra s'appliquer de la même manière qu'avec les autres acteurs de santé.

Conclusion

Comprendre les nouvelles modalités de pilotage et de contractualisation des réseaux de santé renvoie d'abord à l'évolution constante des besoins de santé marquée par le développement prépondérant des maladies chroniques et des polyopathologies nécessitant une prise en charge globalisée et continue.

Dans cette optique, le réseau de santé est un acteur primordial, l'élément moteur permettant la coordination des professionnels intervenant à un moment donné dans un parcours de soins, aussi bien au niveau du champ sanitaire, médico-social et social ; cette coordination jouant un rôle primaire dans le développement des coopérations.

La reconnaissance progressive des actions des réseaux de santé les a ainsi conduits à devenir des interlocuteurs privilégiés des autorités de tutelle en charge des questions de santé. Leur approche pluridisciplinaire et multisectorielle est un atout non négligeable pour comprendre de manière pertinente les problématiques en matière de besoins de santé d'une part et les évolutions nécessaires de l'offre de soins d'autre part.

Formés dans un premier temps de manière informelle autour d'un militantisme local, leur organisation reconnue par les pouvoirs publics les a amenés à se développer de manière générale sur le territoire pour répondre à des besoins de santé toujours plus nombreux. Pour assurer leur existence, l'Etat a mis en œuvre des modalités de financement qui ont évolué au fil du temps pour aboutir en dernier lieu au FIQCS dont les mesures d'attribution se faisaient de manière assez succincte après une évaluation réelle mais souple.

Cependant, dans un contexte économique en crise où les déficits budgétaires de l'Etat se succèdent et se développent, la mise en œuvre de nouvelles méthodes de travail, concrétisées notamment à partir de la conception du New Management Public, a conduit à une nouvelle organisation du système de santé. Cette dernière se caractérise par une régionalisation croissante des politiques de santé et un décloisonnement des organismes œuvrant dans la santé, traduit avec l'avènement des ARS au 1^{er} avril 2010.

Mais si les ARS ont la volonté de rechercher une planification régionale optimale en matière de santé, il est évident que celles-ci sont soumises à un devoir de maîtrise des dépenses de santé les contraignant à rechercher une efficacité pour elles et pour les offreurs de services de santé avec lesquels elles doivent contractualiser.

Dès lors, cette contractualisation qui prend la forme d'un CPOM, engage les réseaux de santé qui contractent pour obtenir les financements nécessaires à leur existence. Mais ce CPOM interroge quant à sa construction et les obligations qu'il engage. S'il semble gage de pérennité pour l'existence des réseaux de santé sur le « long terme » et pour accompagner le réseau à déterminer ses priorités d'actions, le rapport à

la notion de contrat est ambiguë dans la mesure où il existe un déséquilibre considérable entre les cocontractants. D'autre part, ce « contrat » détermine les objectifs et les moyens qui leurs sont accaparés, mais les modalités d'évaluation laissent sceptiques. En effet, il est demandé aux réseaux de santé de s'engager sur des indicateurs de résultat de la performance attendue (accès, continuité, qualité des soins,...). Or, si la performance des actions des réseaux de santé il y a, elle dépend en grande partie de l'engagement de ses acteurs sur lesquels ils n'ont pas de réels pouvoirs. Le réseau n'est souvent là que pour assurer la coordination entre professionnels et l'évaluation ne pourra se faire que dans une vision globale du réseau (plus-value apportée par le réseau de santé de manière générale en matière d'amélioration de la qualité,...) ou à partir des résultats d'indicateurs de coordination difficile à déterminer par avance.

Si la mise en œuvre des CPOM est nouvelle pour les réseaux de santé, il semblerait donc que celle-ci se fasse dans le cadre d'une démarche globale de contractualisation de l'ensemble des acteurs en santé dans un souci d'efficacité, et paradoxalement cette nouvelle contractualisation pour les réseaux s'inscrirait plutôt dans la continuité de ce qui se faisait auparavant avec la convention.

Mais si le réseau de santé est un acteur qui doit s'adapter aux évolutions rapides des besoins de santé, le CPOM ne serait-il pas un frein à la réactivité immédiate du réseau face à un besoin de santé émergent et qui n'aurait pas été pris en compte dans le contrat ?

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.
- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection au VIH.
- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1er décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.
- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. DIRECTION HOSPITALIERE. Circulaire DGS/DH n°94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux toxicomanie.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fond d'aide à la qualité des soins de ville.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret no 2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé
- MINISTERE DE LA SANTE, DE L'EMPLOI ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L.162-43 à L.162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.
- MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

- MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ouvrages

- CROZIER M., 1963, *Le Phénomène bureaucratique*, Paris, Le Seuil.
- MANDE R., MASSE N., MANCIAUX M., 1972, *Traité de pédiatrie sociale*, Paris, Flammarion.
- PERROT, J. ; DE ROODENBEKE, E., 2005, *La contractualisation dans les systèmes de santé* ; éd. KARTHALA, Paris.
- RAYSSIGUIER, Y. ; JEGU, J. ; LAFORCADE, M., 2008, *Politiques sociales et de santé* ; éd. EHESP, Ille-et-Vilaine.
- SCHWEYER François-Xavier, LEVASSEUR G., PAWLKOWSKA T., *Créer et piloter un réseau de santé*, 2002, Ed. ENSP, 112p.

Articles

- BONAFINI P., 2002, « Réseaux de soins : réforme ou révolution ? », *Revue Politique et Management Public*, vol. 20, n°2, juin, p. 1-22.
- DUBERNARD, J-M, novembre 2003, La Régionalisation de la politique de santé, *Les cahiers hospitaliers*, pp 8-9.
- HUET F. et LAZARIC N. (2004), "Apprentissage coopératif et complémentarité des mécanismes de coordination : une étude empirique"; *Économies et Sociétés*, Série Dynamique technologique et organisation, n°8 (décembre), p. 2073-2103.
- SALAÜN F., 2003, « Approche historique du thème des restructurations hospitalières à travers trois exemples parisiens au XIX^e siècle », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°3, p. 1126.

Rapports

- AGENCE NATIONAL D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE, 1999, *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Paris.
- PLAN « PERINATALITE » 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité », 10 novembre 2004, 44 p.

Thèses et mémoires

- BRUYERE C. ; 2008, *Les réseaux de santé français : De la compréhension d'une nouvelle forme organisationnelle des soins à la construction d'un modèle de management paradoxal*, Thèse pour le droit de sciences économiques : UNIVERSITE DE LA

MEDITERRANEE, AIX MARSEILLE II, 464 p.

- BUTTARD A. ; 2008, *Le réseau en santé, une pluralité de fondements théoriques pour une mise en œuvre pertinente*, Thèse pour le doctorat de sciences économiques: UNIVERSITE DE BOURGOGNE, 681 p.

- Master 1 Santé Publique, 2010, *La périnatalité, un enjeu de santé publique ?*, éd. EHESP, 28 p.

Conférences

- GRENIER C., 2005, « Capital social et apprentissage dans un réseau d'acteurs professionnels », *Journée transdisciplinaire de recherche AIMS-AGRH "Management et réseaux sociaux"*, Lyon, France.

VANNIER	Emmanuel	Mercredi 6 juillet 2011
<p align="center">MASTER 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique Promotion 2011</p>		
<p align="center">Pilotage et contractualisation des réseaux de santé : l'exemple du réseau « Bien Naître en Ille-et-Vilaine »</p>		
<p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : IEP Rennes</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Comprendre les nouvelles modalités de pilotage et de contractualisation des réseaux de santé renvoie d'abord à l'évolution des besoins de santé. Ceux-ci sont caractérisés par le développement prépondérant des maladies chroniques et des polyopathologies nécessitant une prise en charge globalisée et continue. C'est là que les réseaux de santé interviennent. Leurs objectifs sont ainsi de développer du lien entre les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social, afin de garantir une continuité dans les soins.</p> <p>Cependant, l'instauration du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens interroge par la prédominance de l'évaluation, inadaptée aux actions des réseaux.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Besoins de santé ; réseau de santé ; régionalisation ; contractualisation ; évaluation ; coordination ; coopération ; périnatalité.</p>		
<p><i>L'École des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		