

Institut de formation de Cadres de Santé
de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention
du Diplôme de Cadre de Santé

LES RESEAUX DE SANTE INFRASTRUCTURES DE DEVELOPPEMENT ET DE DIFFUSION DES BONNES PRATIQUES

Sous la Direction de Patrick FABRE Cadre Supérieur de Santé
Et le soutien méthodologique d'Alain PARAPONARIS

Marie ALESSANDRI Promotion 2005-2006

REMERCIEMENTS

Tous ceux qui ont réalisé un travail de recherche connaissent ces moments délicats d'interrogation interminable, de remise en question, de doutes quant au sujet et au choix des divers aspects à aborder, bref, des moments de solitude singulière. Ils connaissent aussi le bonheur ressenti lorsque l'auteur peut enfin se libérer et écrire ces quelques mots de remerciements, je les savoure à présent.

Cette étude se penche finalement sur les modalités de diffusion des bonnes pratiques inhérentes aux réseaux de santé.

Aussi, mes remerciements vont en premier lieu à mes interlocuteurs, des coordinateurs de réseaux largement impliqués dans leur mission, sans lesquels évidemment ce travail n'aurait pu être réalisé. Je leur sais gré de m'avoir accordé un bout de leur temps précieux, d'avoir non seulement entendu mes questions, mais surtout d'y avoir répondu avec attention et professionnalisme, et d'avoir diffusé mes questionnaires par leur réseau internet.

Mes remerciements vont également à Mr PARAPONARIS, mon méthodologue attitré, « maître en méthodologie et en économie », en qui j'ai trouvé une oreille attentive, des avis éclairés et de précieuses remarques qui ont grandement contribué à la rigueur de ce mémoire. Je souhaite le remercier tout particulièrement pour son humour subtil parfois...

Mes remerciements vont aussi à Mr FABRE, mon Directeur de mémoire, Cadre Supérieur de Santé à l'Hôpital Edouard Toulouse, qui ne m'a jamais contredite et a su attendre que je change d'avis, ... , la pédagogie par l'erreur aura ainsi pris tout son sens pour moi... Je le remercie de la confiance qu'il m'a accordée dès les premiers pas dans l'univers de cette recherche.

Enfin et surtout, je remercie les amours de ma vie de m'avoir soutenue et surtout supportée tout au long de cette année qui fut la plus éprouvante de tout mon cursus universitaire.

ABSTRACT

Depuis peu à l'échelle de notre histoire, le monde sanitaire évolue en se restructurant, améliorant la coordination entre les divers acteurs qui le constituent, afin de rationaliser l'offre de soins et démocratiser les soins de qualité. Que ce soit sous l'impulsion de volontés individuelles ou des pouvoirs publics, la constitution de réseaux de santé, participe d'une décentralisation qui modifie les interfaces professionnelles, organisant de nouvelles coopérations visant la cohérence des prises en charge.

Ce mémoire survole leur histoire et tente d'explicitier la pertinence économique de ces structures innovantes, explore leur mode de fonctionnement et ce qu'elles produisent en termes d'interactions sociales et d'effets sur les professionnels et sur leurs pratiques. La recherche conduite à travers le management et le rôle qu'un Cadre de Santé peut tenir en position de coordinateur, est centrée sur la communication, la formation et les apprentissages inhérents de ces organisations et participant de la diffusion des bonnes pratiques soignantes.

Mots clés

RESEAU

COORDINATION

COOPERATION

APPRENTISSAGE

INNOVATION

DIFFUSION DES BONNES PRATIQUES

SOMMAIRE

TABLE DES ILLUSTRATIONS

PREAMBULE

INTRODUCTION

P.1

PREMIERE PARTIE : CONSTAT

- I- Un système de santé essoufflé... P.2
- II- ... qui montre sa volonté de continuer à assurer ses objectifs originels... P.4
- III- ... en se restructurant... P.4
- IV- ... et en élevant le niveau de ses exigences P.11

DEUXIEME PARTIE : LES CONCEPTS ET THEORIES

- I- Le concept de réseau P.14
 - 1- Le sens commun : réseau et filière
 - 2- Une vision économique P.15
 - 3- Les modes de coordination mobilisés au sein des réseaux de santé P.19
 - 4- Le réseau innovation de structure et structure d'innovations P.24
- II- Le concept de coopération P.29
 - 1- Introduction
 - 2- Les conditions premières de la coopération P.30
 - 3- De la coopération à l'apprentissage P.32
 - 4- De l'apprentissage à l'innovation P.33
 - 5- De l'innovation à la diffusion des bonnes pratiques P.38
- III- Le management du réseau P.39
 - 1- Le rôle du Cadre de Santé : Le management d'un processus d'innovation
 - 2- La théorie de MINTZBERG P.42
 - 3- A management nouveau, manager nouveau P.44

TROISIEME : LA RECHERCHE

- I- La problématique P.45
- II- Les hypothèses P.46
 - 1- L'hypothèse générale
 - 2- L'hypothèse opérationnelle
 - 3- Définition des variables P.47
 - 4- Les indicateurs
- III- Méthodologie de la recherche P.48
 - 1- Les populations enquêtées
 - 2- Les lieux d'enquête
 - 3- Les outils d'enquête P.49
- IV- Présentation et analyse des résultats P.51
 - 1- Les entretiens
 - 2- Les questionnaires P.60
 - 3- Forces et limites du dispositif de recherche P.71

CONCLUSION

P.73

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ANNEXES

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Schéma 1	P.12
La carte de France des réseaux de santé	
Schéma 2	P.13
Les différents professionnels adhérents des réseaux	
Tableau 1	P.16
Caractéristiques du marché, de la hiérarchie et du réseau	
Schéma 3	P.31
Vers le cercle vertueux du réseau	
Schéma 4	P.33
La spirale innovatrice de LEMOIGNE	
Schéma 5	P.35
Typologie des modes de création de savoirs	
Tableau 2	P.37
Organisation apprenante	

PREAMBULE

La conduite d'une recherche notamment dans un domaine qui nous est totalement inconnu, amène le chercheur à découvrir peu à peu un langage et un vocabulaire qui lui sont propres.

Aussi, il nous semble pertinent d'insérer en début de mémoire quelques définitions de mots qui font partie du langage commun et méritent d'être rappelées.

Ces mots reviennent au fil des pages et constituent l'essence des réseaux de santé.

ALTRUISME : Propension à aimer et à aider son prochain.

COLLABORATION : Elaboration commune.

COLLECTIF : Qui réunit, qui concerne simultanément plusieurs personnes.

COMPROMIS : Accord dans lequel on se fait des concessions mutuelles.

CONFIANCE : Espérance ferme en une personne, une chose.

CONSENSUS : Consentement, accord entre des personnes.

COOPERATION : Travail conjoint, participation.

COORDONNER : Organiser dans une intention déterminée.

DIFFUSION : Action de répandre dans toutes les directions.

ECHANGE : Transfert réciproque.

EMPATHIE : Faculté de ressentir ce que l'autre ressent.

EN COMMUN : Tous ensemble.

ENSEMBLE : Les uns avec les autres.

INFRASTRUCTURE : Ensemble des ouvrages et des équipements, base matérielle de la société.

PARTAGE : Mise en commun.

RESPECT : Considération, attitude déférente, souci de ne pas porter atteinte à...

VERTU : Disposition à faire le bien.

VERTUEUX : Qui manifeste des qualités morales, inspiré par le bien.

VOLONTE : Faculté à se déterminer soi-même vis-à-vis d'une décision à prendre, d'une action, détermination.

INTRODUCTION

« On ne peut s'intéresser qu'à ce qu'on croit vrai ».

Denis Diderot

Afin de réduire les effets pervers d'un système éclaté, les pouvoirs publics attribuent aux processus de coordination une place centrale dans la distribution, la qualité des soins, et la gestion des dépenses de santé. En favorisant le développement d'une nouvelle architecture organisationnelle, un lent décroisement est en train de s'opérer visant à générer des synergies gagnantes dans la prise en charge globale des patients. Cette lente évolution est marquée par l'apparition et la diffusion des réseaux de santé dans le paysage sanitaire.

Comme l'indique le titre de ce mémoire : « Les réseaux de santé : infrastructures de développement et de diffusion des bonnes pratiques », nous avons porté notre recherche sur les apports que peuvent induire, en coordonnant différents acteurs, ces nouvelles organisations, tant sur le plan économique que sur le plan de la qualité des pratiques médicales et soignantes, reconnaissant le rôle fondateur du patient dans toute activité.

Dans une première partie, nous tenterons de brosser à grands traits un tableau de notre système sanitaire et de ses difficultés, face auxquelles le législateur impose des normes et des limites mais ouvre aussi des perspectives de restructuration visant la rationalisation de l'offre de soins et la démocratisation de soins de qualité. Nous arriverons au constat de l'effectif développement des réseaux de santé sur notre territoire et à notre question de recherche : « L'organisation en réseau peut-elle favoriser la diffusion des bonnes pratiques soignantes ? »

Dans une deuxième partie, nous essaierons de modéliser le réseau pour entrevoir ce qu'il est, et au travers de l'approche économique nous expliciterons la pertinence de cette structure organisationnelle. Le concept de coopération nous aidera ensuite à comprendre ce qui le constitue et ce qu'il produit en terme de mode de fonctionnement, d'interaction sociale et d'effets sur les professionnels et sur leurs pratiques. Nous aborderons plus précisément son management et le rôle qu'un Cadre de Santé peut tenir en position de coordinateur.

Enfin, dans une troisième partie initiée par notre problématique, nous restituerons toutes les étapes et les conclusions de notre recherche visant à répondre à notre question de départ en la corroborant ou en l'infirant et établir de façon documentée et objective, si le Cadre de Santé coordinateur, en organisant la communication et la formation au sein du réseau, favorise la diffusion des bonnes pratiques soignantes.

PREMIERE PARTIE

CONSTAT

« Lorsqu'une chose évolue, tout ce qui est autour évolue de même ».

Paulo Coelho

I- Un système de santé essoufflé...

Le système de santé est dans la plupart des pays, adossé au système de protection sociale et l'Organisation Mondiale de la Santé le définit comme étant composé de trois éléments constitutifs :

-  Le groupe de la population qui exprime des besoins de santé
-  Le groupe des producteurs de soins qui formule des réponses à ces besoins
-  Le groupe des institutions chargées de l'organisation administrative (l'Etat) et du fonctionnement financier (la Sécurité Sociale).

Le système de protection sociale est fondé sur un socle : le système de sécurité sociale qui constitue un système d'assurances sociales obligatoires de base, légales, contributives, financé par les cotisations sociales versées par les employeurs et les salariés sur la base d'un *principe de solidarité professionnelle*, des biens portants envers les malades, des actifs/jeunes envers les inactifs/vieux et des célibataires envers les familles.

Les évolutions d'ordre économique et démographique de ces dernières années sont à l'origine d'un déséquilibre qui met aujourd'hui en péril tout le système.

-  Comme tous les pays « riches », la France est caractérisée par le vieillissement continu de sa population, avec un gain d'un an d'espérance de vie supplémentaire tous les quatre ans¹, auquel s'ajoute un phénomène de dénatalité, propre à tous les pays industrialisés (chute du taux de natalité, nombre de naissance pour 1000 habitants). De ce fait, le vieillissement progressif de la population constitue une tendance démographique lourde ayant de fortes incidences sanitaires et sociales notamment parce que le vieillissement des populations se traduit par l'exposition plus importante et plus récurrente de ces mêmes populations aux maladies et à une survenue de la dépendance, conséquence de limitations fonctionnelles et qui, si elle est repoussée vers des âges plus élevés, n'en reste pas moins coûteuse, au même titre que les maladies évoquées.
-  La profonde crise économique semblant s'être installée depuis les années 70, génère un fort ralentissement de la croissance, concomitante d'un taux de chômage qui reste très élevé. Le monde marchand des entreprises créatrices de valeur ajoutée et de la richesse nationale, se trouve contraint à des restructurations rendues nécessaires à leur survie, dans un contexte de mondialisation des échanges économiques. De ce fait, ceci constitue aussi une tendance lourde du contexte économique influant significativement sur les ressources nationales, notamment parce que plus il y a de chômeurs, plus « l'effort social de la nation » augmente envers eux et impute des ressources pour les autres secteurs.

¹ Espérance de vie : 76,8 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes. Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003, d'après l'INSEE, Tableaux de l'Economie Française, Edition 2005-2006.

Schématiquement, nous assistons à une constante augmentation des dépenses non compensée par une augmentation des recettes équivalente. Le déficit de l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale et du fond de solidarité vieillesse, c'est-à-dire de la sécurité sociale au sens de la loi de financement, continue d'augmenter : après – 12,2 milliards d'euros en 2004, il atteindrait – 15,2 milliards d'euros en 2005. Tandis que les recettes sont directement affectées notamment par :

- ✚ Le fait que le montant des taxes prélevées sur le tabac, l'alcool, les assurances auto et les industries polluantes² n'est pas réaffecté au budget de la sécurité sociale.
- ✚ Les 2 492 800 chômeurs indemnisés au 31 décembre 2005³ représentent un manque à gagner pour la sécurité sociale.
- ✚ Le montant des dettes de l'Etat vis-à-vis des organismes de sécurité sociale dépasse les 700 millions d'euros fin 2004⁴.

Dans le but de contenir cette tendance inquiétante, et conformément à la réforme constitutionnelle du 22 février 1996, « *Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique* ».

La loi organique n°96-646 du 22 juillet 1996 précise que la loi de financement de la sécurité sociale fixe, notamment, un Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), définissant ainsi le cadre global qui s'impose aux différents établissements et professionnels de santé.

Ainsi, l'ONDAM prévu pour 2005 était de 134,9 milliards d'euros, porté à 140,7 milliards d'euros pour 2006. Il constitue un instrument de régulation budgétaire d'un des groupes constitutif du système de santé au sens de l'OMS, celui des institutions chargées de l'organisation administrative (l'Etat) et du fonctionnement financier (la Sécurité Sociale).

Il représente l'institutionnalisation d'un effort de transparence exigé à la fois par :

- ✚ L'Etat, qui décidant d'allouer annuellement une partie de ses ressources à la santé, et entend obtenir une évaluation de leur utilisation optimale, (efficience productive et allocative),
- ✚ Et par les usagers qui ont exprimé la volonté d'obtenir plus d'informations sur le fonctionnement global du système, les diagnostics, la conduite des soins et les risques afférents.

² Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale septembre 2003.

³ Source : Communiqué de presse de l'UNEDIC du 30 janvier 2006.

⁴ Source : Cour des Comptes : Rapport sur l'exécution des lois de finance en vue du règlement du budget de l'exercice 2004.

II- ... qui montre sa volonté de continuer à assurer ses objectifs originels...

La problématique actuelle se situe donc entre deux exigences :

- ✚ L'impérieuse nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses
- ✚ La volonté de maintenir un accès à des soins de qualité généralisé basé sur des principes de solidarité, d'équité et d'universalité.

Ainsi, le rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi relative à la politique de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004, pour la période 2004-2008, stipule dans sa première partie définissant le cadre de référence que :

« La politique de santé publique est le principal instrument dont se dote la Nation afin d'orienter et d'organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou de groupes ayant des traits communs, en s'attachant à corriger les inégalités. »

Et l'article L1110-61 de la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, énonce que :

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »

III- ... en se restructurant...

A l'instar des entreprises du secteur marchand qui ont développé différentes formes organisationnelles pour optimiser l'utilisation de leurs ressources et rester sinon rentable, au moins efficaces, le système de santé a favorisé lui aussi l'apparition de nouvelles formes organisationnelles, notamment les réseaux.

L'appropriation par l'économie de la santé du concept de réseau est relativement récente et ne cesse de connaître depuis un succès croissant.

La coordination induite par le réseau doit permettre de rationaliser l'organisation sanitaire dans le but de mieux soigner, en répondant à une double contrainte :

-  Apporter une meilleure réponse aux besoins de la santé de la population.
-  Maîtriser les dépenses.

Le réseau réconcilie les notions d'efficacité et d'équité dans l'accès au soin en plaçant le patient au centre des préoccupations des différents intervenants dans le but de lui assurer une prise en charge globale.

La réorganisation du système de santé en réseau à partir de l'hôpital, essentiellement axée sur une graduation de la prise⁵ en charge et une mutualisation des moyens, est marquée par une volonté politique forte et menée par les ARH⁶, dans le cadre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire⁷.

La circulaire 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, facilitée par le nouveau cadre juridique prévu par le plan « hôpital 2007 », énonce quatre priorités : une meilleure évaluation des besoins de santé, une plus grande prise en compte de la dimension territoriale, une association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers, et une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé. Ces nouveaux SROS ont donc pour objectifs :

-  D'assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien et le développement d'activités de proximité et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques.
-  De veiller à ce que cette organisation de l'offre de soins réponde aux objectifs de santé publique et plans stratégiques prévus par le projet de la loi d'orientation en santé publique et à leurs déclinaisons régionales. La prise en compte des « soins préventifs, curatifs et palliatifs » à partir des « besoins de santé de la population », place la dimension de santé publique comme principe fondateur.

« L'organisation en réseau associera les CHU, les Centres Hospitaliers et les établissements de proximités, hôpitaux locaux et établissements médico-sociaux. L'offre de chacun des niveaux de graduation (ANNEXE 1 p 1 : LA GRADUATION DES SOINS), et les modalités de coordination entre eux seront formalisées au sein du réseau, qui doit pouvoir intégrer des structures privées.

⁵ La graduation des soins permet d'identifier différents niveaux de prise en charge depuis la proximité jusqu'au niveau interrégional.

⁶ ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

⁷ SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

Il s'agit de promouvoir une logique de service s'appuyant sur une coopération intra et interrégionale en matière sanitaire »⁸.

A ce titre, il est notamment demandé aux ARH d'« inciter fortement le développement des réseaux de santé » et de poursuivre l'élan de coopération inauguré depuis déjà plusieurs années.

D'abord cantonnées à l'hôpital, les formes de coopération les plus structurantes voient le jour à partir des années 70, avec la loi hospitalière de 1970, qui fixe un cadre à la coopération entre les établissements publics et privés PSPH en prévoyant le recours aux conventions et aux syndicats inter hospitaliers. On évoquait alors plutôt la notion de coopération sanitaire que véritablement le terme de réseau.

La véritable réforme de la coopération date de 1991 avec la loi n°91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière qui élargit les modalités juridiques de coopération hospitalière. Cette loi fait obligation aux hôpitaux locaux de passer des conventions avec des centres hospitaliers s'ils veulent conserver des lits de médecine.

D'autres formes sont apparues par la suite :

 Les Groupements d'Intérêts Public sont une forme de coopération appliquée à de nombreux autres domaines, comme l'Education Nationale, le sport, la culture depuis la loi d'orientation et de programmation de la recherche et de la technologie du 15 juillet 1982, avant de se voir reconnaître une identité sanitaire par le décret n° 88.1034 du 7 novembre 1988 relatif aux GIP⁹ sanitaire.

L'article 1 stipule que « *des Groupements d'Intérêt Public, dotés de personnalité morale et de l'autonomie financière, peuvent être constitués par des personnes morales de droit public ou de droit privé, pour exercer ensemble, pendant une durée limitée, des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, et notamment des actions de formation, ainsi que de créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités.* »

Le GIP est une structure destinée à associer des établissements publics et privés qui leur permet de réaliser des équipements que chacun d'eux ne pourrait assurer économiquement tout seul. (ANNEXE 2, p 2 : FICHE DE SYNTHÈSE GIP).

⁸ Circulaire n° 101/DHOS/O/2004/ du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

⁹ GIP : Groupement d'Intérêt Public

 Les Groupements d'Intérêt Economique sont une innovation de la loi du 31 juillet 1991, ils trouvent leur origine dans l'ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1967 et la loi n° 89-377 du 13 juin 1989 et ont pour but de faciliter le développement de l'activité économique de leurs membres pour en améliorer les résultats. Un amendement à l'article L713-12 de la loi du 31 juillet 1991 permet aux établissements de contracter ou d'adhérer à un GIE :

« Dans le cadre des missions qui lui sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats inter hospitaliers et à des groupements d'intérêt public ou à des groupements d'intérêt économique ».

Le GIE est utilisé dans le domaine hospitalier en matière d'acquisition et d'utilisation d'équipements matériels lourds entre établissements publics et privés. (ANNEXE 3, p 4 : FICHE DE SYNTHESE GIE).

Les GIE comme les GIP ne peuvent gérer des activités de soins, ils ne peuvent prendre en charge des missions de diagnostic, de surveillance et de soins, leur structure ne s'applique donc pas à la coopération d'activités médicales et ne concernent donc que les champs des activités subsidiaires (blanchisserie...).

 Les groupements de coopération sanitaire représentent la forme la plus aboutie de coopération que ce soit entre le secteur public et le secteur privé, entre le champ sanitaire et le champ social, entre les personnes morales et les personnes privées et sont aujourd'hui la forme privilégiée de coopération. L'article L 6133-1 du code de la Santé Publique modifié par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, les définit ainsi :

« Un groupement de coopération sanitaire a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. A cet effet, il peut :

1° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement ;

2° Réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques [...], et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins [...]

Un des membres au moins du groupement de coopération sanitaire doit être un établissement de santé.

Le groupement de coopération sanitaire n'est pas un établissement de santé. Toutefois il peut être autorisé [...], [...] à exercer les missions d'un établissement de santé, [...] et à dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux. (ANNEXE 4, p 6 : FICHE DE SYNTHESE GSC).

Nous voyons là la logique de répartition de l'offre de soins qui se détermine en fonction de pôles d'expertise qui coopèrent pour assurer la prise en charge globale des patients.

Quoi de plus logique que d'organiser un échange de moyens et de services entre le secteur libéral riche des atouts de la proximité des patients et de la connaissance de leur milieu socioprofessionnel, et le secteur hospitalier pôle d'expertise technique, détenteur de puissants moyens financiers, le plus souvent au contact des derniers développements thérapeutiques et pouvant donc contribuer à la diffusion des avancées de la recherche biomédicale à la population, y compris au-delà des murs de l'hôpital.

D'autres formes particulières de réseaux de soins coordonnées existent :

 L'association n'est pas citée par le code de la Santé Publique comme forme de coopération mais la souplesse qu'elle permet attire les initiateurs de projet de coopération. L'association présente des avantages synonymes de liberté, liberté de se créer, liberté de se développer, liberté d'agir, opposés à des contraintes mineures, objet licite et absence de bénéfices. Les associations pénètrent au cœur de l'hôpital pour en améliorer la vie quotidienne : fourniture de vêtements et de jouets, organisations d'animations, tenue de la bibliothèque, présence de l'art et de la culture. Le support juridique de certains réseaux peut donc être l'association, mais les associations peuvent aussi être des acteurs du réseau, en effet, leur professionnalisation de plus en plus importante en font des partenaires de choix dans le cadre des réseaux extrahospitaliers. (ANNEXE 5, p 9 : FICHE DE SYNTHESE ASSOCIATION)

 Les Réseaux de Soins Coordonnés dont la mise en place a été encouragée par la loi du 19 janvier 1983 n'ont pas rencontré le succès escompté du fait que les outils de gestion nécessaires au type de fonctionnement qui leur était destiné n'existaient pas à cette époque, les systèmes d'information étaient balbutiants et le PMSI n'était pas encore opérationnel. L'idée était que le réseau fixe lui-même le prix annuel de prise en charge de l'ensemble des soins et que les caisses d'assurances maladie versent pour chaque adhérent assuré un forfait annuel fixe (capitation), celui-ci payant la différence pour accéder à une totale prise en charge. (ANNEXE 6, p 11 : RECAPITULATIF DES DIFFERENTS SUPPORTS DE GESTION PREVUS POUR LES RESAUX DE SANTE).

Abordée à partir de la médecine de ville, la recomposition en réseau s'est avérée être plutôt originaire d'une organisation spontanée au départ qui a été légitimée et accompagnée par le législateur par la suite.

Historiquement, la première apparition organisée de réseau remonte au début du XX^e siècle dans le cadre de la lutte contre la tuberculose.

Plus tard, les réseaux médico-sociaux se sont développés spontanément pour répondre à des problèmes de santé publique dans les années 1980, puis sous l'impulsion de circulaires émanant du ministère de la santé.

Les années 1990 officialisent les réseaux : la circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 (circulaire Durieux) 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 à VIH permet aux réseaux mis en place spontanément par les professionnels de trouver légitimité et financements pérennes et mixtes entre Etat et Assurance Maladie.

Ce texte est suivi par une série de circulaires accompagnant des réseaux ciblés sur des pathologies (alcool, hépatite C...) ou des populations (situation de précarité) : la circulaire DGS n°74 bis du 2 décembre 1993 et n°88 du 1 décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité, la circulaire DGS/DH n°93-72 du 9 novembre 1993 et n°94-15 du 7 mars 1994 relatives à la mise en place des réseaux toxicomanie ou bien encore la circulaire DGS n°707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge des problèmes liés à l'alcool.

Par ailleurs, le réseau permet de mettre en œuvre une démarche préventive, garante d'un meilleur état de santé de la population et à terme source d'économies (journées d'hospitalisation évitées) et à titre d'exemple nous pouvons citer notamment le rôle du préservatif dans la lutte contre le SIDA¹⁰ et de manière plus générale le rôle de la prévention dans toute politique de santé publique. Cet aspect évoque le passage du réseau de soins au réseau de santé, (ce dernier ayant vocation à se substituer au précédent), véritablement institutionnalisé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 article L6321-1 du code de la santé publique qui stipule que :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions

¹⁰ SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

En définitive, un réseau de soins comportant en amont de la prévention et en aval de l'éducation est un réseau de santé.

Ainsi, ces nouvelles formes d'action peuvent se développer à côté du système de soins ou en interaction avec celui-ci et à terme, il paraît raisonnable d'envisager un nouvel équilibre entre les activités dévolues aux soins et à la santé.

Sur le plan macro-économique, il s'agirait d'une nouvelle répartition des ressources allouées aux actions de soins et de santé, les actions orientées vers la santé permettant de modérer les allocations de celles orientées vers le soin¹¹. En d'autre terme, la valorisation d'actions ayant pour objectif de préserver sinon d'empêcher de se dégrader un peu plus l'état de santé permettrait de diminuer les dépenses consacrées aux soins ; la production du bien « santé publique » induirait la diminution de la consommation du bien « soin ».

C'est là l'un des tournant majeur de notre décennie qui prend conscience que bien que nous disposions de gigantesques progrès techniques, d'avancées technologiques significatives en matière d'équipements exploratoires et de l'étendue des connaissances scientifiques médicales qui ne cessent de s'accroître, offrant un panel de compétences expertes dans tous les domaines, nous n'obtenons pas de résultat à leur mesure concernant la santé.

Nous assistons donc à un phénomène de « réseautage » à double direction de développement : des établissements vers la ville et de la ville vers les établissements. L'objectif poursuivi est de complètement articuler ces deux secteurs, en définissant des filières, constituant une approche globale plaçant le patient au cœur du système de santé, impliquant le décroisement du système et la garantie d'un certain niveau de qualité et de sécurité des soins.

Au travers d' *« une nécessaire gradation et continuité des soins, les réseaux prodiguent des soins de qualité et de proximité, en assurant une meilleure assise aux établissements de santé dits de proximité qui, ainsi articulés avec d'autres services ou activités plus spécialisées, pourront mieux cibler leur propre niveau de prestation tout en assurant aux patients traités une continuité des soins qui leur sont dispensés »*. (Circulaire n° 97/227 du 9 avril 1997, relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements de santé).

¹¹ Exemples : le dépistage des cancers permet des traitements plus précoces, moins lourds et moins coûteux. Les actions de vaccinations préventives systématiques évitent la survenue de maladies requérant du soin...

IV- ... et en élevant le niveau de ses exigences.

L'OMS¹² donne une définition de la qualité des soins : *« C'est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostics et thérapeutiques qui leur assurera de meilleurs résultats en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, pour un même résultat, aux moindres risques iatrogéniques, et pour sa grande satisfaction en terme de procédures et de contacts humains à l'intérieur de système de soins ».*

✚ La loi n°91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière fait obligation aux établissements de santé d'analyser leur activité au travers d'une évaluation des pratiques professionnelles afin de garantir la qualité et l'efficience de leur prise en charge des patients. Parallèlement, les pouvoirs publics érigent une nouvelle instance pour les aider dans cette mission : l'ANDEM¹³.

✚ Les ordonnances de 1996, modifiant le Code de la Santé Publique, établissent l'obligation d'*« une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation »*, dans un délai de cinq années suivant leur parution, conduite par l'ANAES¹⁴ créée par ces mêmes ordonnances. L'objectif est d'*« assurer une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins »*.

✚ La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, instaure quant à elle *« l'obligation de formation médicale continue [...] (des médecins hospitaliers autant que des médecins libéraux), [...] qui a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique »*. Elle organise aussi notamment les professions paramédicales en les dotant d'un *« conseil qui contribue à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins dispensés par ses membres, [...] en participant à l'évaluation des pratiques professionnelles, à l'élaboration, à la diffusion et au respect des règles de bonnes pratiques paramédicales, et veillant au maintien des connaissances professionnelles »*.

✚ La loi 2004-810 du 13 août 2004 crée la Haute Autorité de Santé, une organisation à caractère scientifique, autonome et indépendante, à l'écart de toutes les pressions politiques, administratives, industrielles et professionnelles, garantissant l'impartialité de ses avis et recommandations. Ses missions reprennent de façon élargie celles de l'ANDEM et de l'ANAES et notamment pour ce qui concerne nos propos, la responsabilité des procédures d'accréditation conduisant à la certification des établissements de santé, élargie aux réseaux de santé, avec un renforcement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

¹² OMS : Organisation Mondiale de la Santé

¹³ ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale dont les missions seront reprises par l'ANAES en 1996.

¹⁴ ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Les réseaux de santé n'échappent donc pas à ces procédures d'évaluation qu'ils doivent même programmer et anticiper lors de l'élaboration et de la présentation de leur projet aux URCAM¹⁵ et aux ARH¹⁶ qui ont aujourd'hui un guichet unique afin d'étudier les demandes de financements. En effet, celles-ci ont délégation pour attribuer les financements aux projets de réseaux qui répondent aux exigences telles que définies par la Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé. (ANNEXE 7, p 12).

Les réseaux de santé doivent être assurés de pouvoir poursuivre leurs missions par des financements stables, dès lors que l'ARH et l'URCAM font le constat, notamment par l'évaluation externe, qu'ils répondent à des besoins de santé et que leur action est utile.

Ils ont la possibilité d'avoir recours simultanément à des sources de financement multiples :

- 📁 Financements pluriannuels sur crédits de l'assurance maladie (notamment au sein de l'ONDAM¹⁷), subventions de l'Etat et des collectivités territoriales.
- 📁 Financements conjoncturels sur le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville¹⁸ géré par l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé libéraux,¹⁹ désormais supprimés et intégrés au sein de la 5^{ème} enveloppe de l'ONDAM.

Le développement des réseaux de santé, d'abord initié par des volontés individuelles localisées, a été peu à peu appuyé par une volonté politique forte qui cherche à les accompagner et les généraliser, si bien qu'aujourd'hui, nous en dénombrons plus de 300.

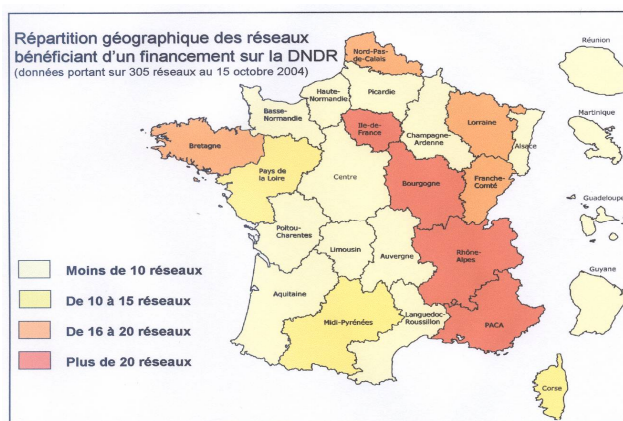


Schéma 1 : La carte de France des réseaux de santé²⁰

¹⁵ URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

¹⁶ ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

¹⁷ DNDR : Dotation Nationale au Développement des Réseaux, 5^{ème} enveloppe de l'ONDAM

¹⁸ FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

¹⁹ (Prise en charge des études préalables, des évaluations et des aides au démarrage - investissement, fonctionnement - pour la première voire, la seconde année de fonctionnement des réseaux). Afin de pouvoir bénéficier de ces ressources, les réseaux présentent un plan de financement comportant un budget prévisionnel, en fonctionnement et en investissement, en recettes et en dépenses.

²⁰ Source : DHOS/CNAMTS

La Dotation Régionale au Développement des Réseaux de santé, déclinaison régionale de la DNDR dont le montant est réparti par région selon un arrêté²¹ (ANNEXE 8, p 22 : ARRETE DU 15 DECEMBRE 2005 DETERMINANT LA DNDR POUR 2005), a financé pour notre seule région Provence Alpes Côte d'Azur 20 réseaux pour l'année 2005.

Le double objectif visé comprend la maîtrise des dépenses et l'amélioration de la qualité des soins et de suivi des patients jusqu'à leur domicile. La qualité des soins est légiférée depuis les ordonnances de 1996 qui ont instauré l'accréditation et les référentiels de bonnes pratiques dans le but d'encadrer, de garantir et de favoriser une amélioration continue de la qualité des soins.

La réorganisation de notre système de santé en réseau implique la coopération active et dynamique de divers professionnels, (comme le montre le schéma 2 ci-dessous), qui fonctionnent dans des mondes différents, libéral pour les uns, hospitalo-universitaire pour les autres ou encore communautaire, autour d'un même projet.

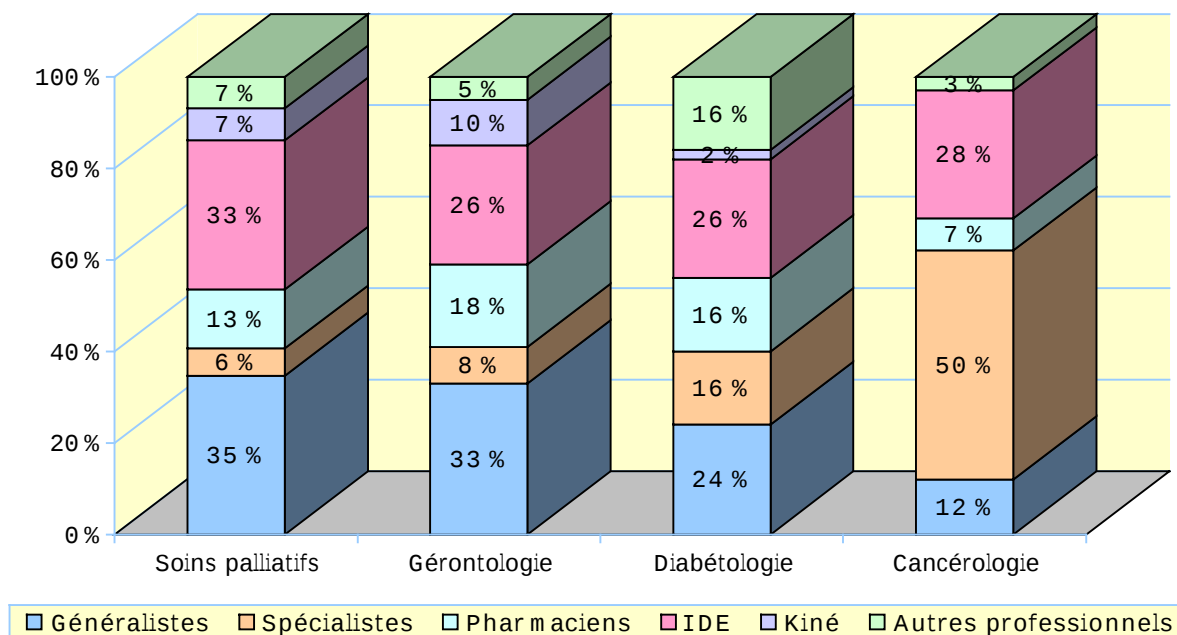


Schéma 2 : Les différents professionnels adhérents des réseaux²²

Il est évident qu'ils ne sont pas tous mus par les mêmes logiques ou intérêts et l'on peut se demander comment des acteurs si différents peuvent réussir à travailler ensemble pour le patient, en d'autres termes comment la structure réseau peut-elle coordonner tous ces professionnels ? Qu'est-ce qu'un réseau de santé ? Comment fonctionne-t-il ?

Du fait de la prégnance croissante des exigences de résultats aussi bien économiques que de niveau de qualité, notre question de départ à ce niveau de réflexion est : « L'organisation en réseau peut-elle favoriser

la diffusion des bonnes pratiques soignantes ? »

²¹ Arrêté du 15 décembre 2005 modifiant l'arrêté du 9 mai 2005 portant détermination de la DNDR pour 2005

²² Source : DHOS/CNAMTS

DEUXIEME PARTIE

ESSAI DE MODELLISATION

« Un concept est une invention à laquelle rien ne correspond exactement, mais à laquelle nombre de choses ressemblent ».

Friedrich Nietzsche

Pour explorer les dimensions de notre question de départ et définir plus précisément notre problématique, nous allons successivement étudier les concepts de réseau et de coopération. Au travers de l'analyse économique nous essaierons de mieux cerner les différents modes de coordination mis en œuvre au sein des réseaux, puis au travers d'une analyse plus « micro », nous envisagerons le réseau comme une structure porteuse d'innovations à la fois organisationnelles et de connaissances. Cela nous permettra de comprendre comment les acteurs d'un réseau parviennent à coordonner leurs actions, pour assurer la prise en charge globale des patients et leur prodiguer des soins de qualité, et à se comprendre pour produire ensemble de nouvelles procédures et protocoles qui pourront dès lors constituer de nouvelles « bonnes pratiques soignantes » au sein de la communauté professionnelle dans son ensemble.

I- LE CONCEPT DE RESEAU

I-1-Le sens commun : réseau et filière

Le concept de réseau est polysémique. De nombreuses définitions peuvent être fournies pour ce mot. Cette profusion de sens accordée au mot tient peut-être de la multitude et surtout de la pluralité des acteurs qui, notamment en santé, cherchent à promouvoir cette figure d'organisation. La multitude d'acceptions et de domaines d'application est en effet surprenante, elle en devient même abusive. JOLY et MANGEMATIN (1995)²³ soulignent d'ailleurs que « *la prolifération des réseaux, tant dans la réalité que comme outil d'analyse, n'a d'égale que la profonde ambiguïté qui subsiste dans leur appréhension par les sciences sociales* ».

Mot-clé de notre époque, le réseau est partout autour de nous dans la vie quotidienne moderne : le réseau Internet, celui de la téléphonie mobile. La première idée qui vient à l'esprit quand on évoque le mot est celle de liens entre des points formant un ensemble. Du latin « retis », le réseau désignait à l'origine un filet, un maillage qui a donné rets, fond de dentelle à mailles géométriques pour devenir par analogie un ensemble de lignes entrecroisées (Larousse 1997). En terme d'organisation, le réseau suppose un accès par divers points et une circulation à travers un maillage qui relie ces points sans passage obligé pour que l'action soit au mieux adaptée à chaque cas particulier en limitant les interventions nécessaires.

C'est différent du concept de filière (du latin « filum », fil), qui suppose le passage par des étapes obligatoires et successives. C'est également l'inverse d'une organisation pyramidale hiérarchisée qui suppose la validation de l'action par un échelon supérieur.

²³ Cités par PELISSIER.F, « Le réseau en santé et l'assurance maladie », tiré d'une thèse soutenue en octobre 2003 en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, 292 p.

Si la filière et la pyramide sont bien adaptées à des actions initialement repérées et relativement simples et peu nombreuses, le réseau est adapté aux actions complexes, diversifiées et variables dans le temps, (MANCRET, 2001)²⁴.

CURIEN (1992)²⁵ remarque qu'historiquement le réseau a connu ses premiers succès avec la métaphore médicale (circulation sanguine), avant de s'appliquer aux fortifications, au système hydraulique, électrique, à la drogue, aux transports en communs. Dans sa version la plus récente, le réseau informatique (ensemble d'ordinateurs et de terminaux interconnectés pour échanger des informations numériques) devient de plus en plus prégnant par le succès croissant d'Internet. Cependant NEUSCHWANDER (1994)²⁶ rappelle que le savoir, le progrès et la connaissance ont longtemps transité par les réseaux (les philosophes et les mathématiciens de l'Antiquité, les moines et les bibliothécaires du Moyen Age, les marchands des villes de la Hanse, les encyclopédistes du XVIII^{ème} siècle...).

Le réseau est à la fois le rigide et le souple, le contrôle et l'autogestion, le formel et l'informel, le visible et le dissimulé, l'Etat et le marché, l'acteur et le système (OFFNER 1994)²⁷, c'est un terme ambivalent qui est porteur de beaucoup d'images et de représentations et dont le sens ne peut se résumer à une seule définition. Le flou qui recouvre le mot réseau vient en partie du fait que l'on utilise le même mot pour caractériser des flux, des lieux et des infrastructures et peut prêter à confusion. DUFOUR (1995)²⁸ se demande si le réseau est un mode d'organisation de l'espace ou une forme d'organisation spécifique liée à l'émergence d'un projet collectif à la réalisation duquel concourent les acteurs du réseau. Cette distinction peut se modéliser comme la distinction entre le réseau *structure* et le réseau *mode de coordination des activités économiques*.

I-2- Une vision économique : HUARD.P²⁹ définit le réseau *structure* en le distinguant des deux formes organisationnelles les plus courantes : le marché et la hiérarchie.

👉 La hiérarchie correspond à une coordination fondée sur l'autorité ; l'illustration principale est l'entreprise. Les relations entre les participants sont durables, elles prennent la forme de contrats de travail. Une des caractéristiques de cette configuration est la stabilité.

²⁴ Cité par PELISSIER.F, « Le réseau en santé et l'assurance maladie », tiré d'une thèse soutenue en octobre 2003 en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, 292 p.

²⁵ Idem

²⁶ Idem

²⁷ Idem

²⁸ Idem

²⁹ HUARD.P, « Cours de théories des organisations », Master 1, Analyse des conditions de travail, gestion des carrières et compétences, 2004-2005, Facultés des sciences économiques et de gestion, Université de la méditerranée, Marseille.

🏢 Le marché coordonne des décisions nombreuses et dispersées, par le biais du système de prix. Les prix contribuent à informer et à inciter les agents sur ce qui est le plus intéressant pour chacun d'eux. Les relations sont décentralisées, chaque agent étant légalement autonome vis à vis des autres ; elles sont ponctuelles, c'est-à-dire qu'elles concernent une transaction particulière et n'entraînent pas d'engagement ultérieur. Une des caractéristiques du marché est la flexibilité, chaque agent peut changer de cocontractant à tout moment.

Ces deux dispositifs organisationnels sont fréquemment des solutions alternatives, comme le montre le fait qu'une même activité de production peut être « internalisée » (une entreprise réalise elle-même un bien ou un service qu'elle se procurait jusque là sur le marché), ou « externalisée ».

Le réseau quant à lui établit des relations de coopération entre des unités de production autonomes. La coopération ne se limite pas à des transactions ponctuelles et anonymes, elle s'inscrit dans une certaine durée et concerne des entreprises spécifiques. Mais cette stabilité peut s'accompagner de flexibilité, parce que l'activité commune à laquelle collaborent des unités de production n'est pas nécessairement leur seule activité, elles peuvent donc absorber des fluctuations de l'activité commune en modulant leur activité propre. De plus, la composition des unités dans le dispositif de coopération est stable sans être rigide ce qui signifie, qu'en fonction des besoins, des unités puissent entrer et sortir du réseau sans difficulté, ce qui permet de regrouper un ensemble de compétences véritablement adapté au problème.

CARACTERISTIQUES	MARCHE	HIERARCHIE	RESEAU
BASE NORMATIVE	Contrat	Contrat de travail	Atouts supplémentaires
MOYENS DE COMMUNICATION	Prix	Procédures	Relations
DEGRE DE FLEXIBILITE	Elevé	Faible	Intermédiaire
METHODE DE RESOLUTION DE CONFLIT	Marchandage, procès	Supérieur hiérarchique	Réciprocité, réputation
DEGRE D'IMPLICATION ENTRE LES PARTIES	Faible	Moyen à élevé	Moyen à élevé
CLIMAT	Précision, suspicion	Formel, bureaucratique	Ouvert, bénéfices mutuels
PREFERENCES ET CHOIX DES PARTIES	Indépendants	Dépendants	Interdépendants
FORMES HYBRIDES	Transactions répétitives, contrats hiérarchisés	Organisation informelle, marchés internes, centre de profits, prix de transfert	Hiérarchie des statuts, partenaires multiples, règles formelles

Tableau 1 : Caractéristiques du marché, de la hiérarchie et du réseau³⁰.

³⁰ WEIL.T et DURIEUX.F, « Gérer l'innovation en réseau », Association Nationale de la Recherche Technique, 30/10/00, p 12.

Au-delà de la signification même du mot qui est porteuse d'ambivalence et de la dimension de structure que nous venons d'évoquer, trois dimensions se dégagent pour appréhender la notion de réseau en général :

- ✚ La dimension physique du réseau qui concerne l'espace et le territoire qui renvoie à l'aspect matériel concret.
- ✚ La dimension fonctionnelle illustrée par les réseaux d'infrastructure avec des notions comme celles de circulation, d'échange, de nodalité et d'interconnexions, qui renvoient à l'aspect de répartition en différents points, d'éléments appartenant à une même organisation.
- ✚ La dimension sociale qui renvoie aux réseaux d'acteurs, de relations, de connaissances.

I-2-1- Espace réseau et territoire: la dimension physique du réseau :

Selon MARTINAND.C³¹, « *Les réseaux constituent à la fois le support, la condition et la manifestation concrète des échanges de toute nature entre les hommes, les groupes, les communautés qui habitent un territoire* ». L'image d'un réseau ferroviaire peut être évoquée pour illustrer cette définition qui met en exergue un très fort effet structurant du réseau pour un territoire donné.

Les réseaux, en structurant les territoires, permettent de les rendre plus attractifs ; en supposant l'existence d'une infrastructure d'interconnexions entre un grand nombre d'acteurs comme la distribution d'électricité ou le réseau de téléphone, le réseau apparaît comme une structure qui donne forme aux relations entre les agents économiques. Le réseau permet l'articulation entre les lieux, c'est une mise en rapport de possibilités techniques et de la desserte d'un territoire. C'est un dispositif d'aménagement spatio-temporel qui va ordonner un territoire. BAKIS (1993)³² affirme que : « *le réseau contribue au fonctionnement d'un système socio-économique territorial par le cheminement des flux en réponse aux besoins d'un moment précis, qui se manifeste sur le territoire desservi* ». C'est l'aspect « offre » du réseau.

Le lien entre réseau et territoire est donc très étroit, mais cette dimension physique est indissociable de la dimension fonctionnelle et nous constatons d'ailleurs dans le paysage sanitaire que les réseaux de santé ont des thématiques spécifiques liées aux pathologies qu'ils prennent en charge.

³¹ Cité par PELISSIER.F, « Le réseau en santé et l'assurance maladie », tiré d'une thèse soutenue en octobre 2003 en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, 292 p

³² Idem

I-2-2- La dimension fonctionnelle du réseau : réseaux d'infrastructures et économie industrielle

Selon JACOBZONE (1995)³³, le réseau d'infrastructure présente une structure multicouche dans laquelle sont distingués :

- ✚ Une infrastructure de base souvent publique.
- ✚ Des services de commande qui la pilotent.
- ✚ Des services d'interfaces avec les utilisateurs, partie dans laquelle, à l'inverse des deux premières contrôlées par un monopole, s'exerce la concurrence car ils sont le siège de création de valeur ajoutée.

Ainsi, le transfert à l'économie de la santé et à l'hôpital peut se décomposer en :

- ✚ L'infrastructure de base qui comprendrait le plateau technique et le capital humain de l'activité universitaire et de la recherche.
- ✚ Les services qui correspondraient aux soins.

CURIEN (1992)³⁴, avance l'idée selon laquelle les réseaux seraient « *des objets technico-économiques complexes dont la fonction est de mettre en rapport des fournisseurs et des consommateurs de certains biens et services* ».

Ainsi, le réseau est à la fois :

- ✚ La concrétisation d'une intermédiation économique.
- ✚ L'instrument technique de cette allocation.

L'analogie au système des réseaux de santé peut se faire dans le sens où ils sont abordés comme un moyen de structuration de l'offre de soin, organisé en fonction de domaines d'expertises issus de l'infrastructure de base (les CHU ou CLCC)³⁵.

I-2-3- Les réseaux sociaux ou la dimension relationnelle du réseau

Pour OFFNER et PUMAIN (1996)³⁶, « *le réseau se situe entre le lieu et le lien* », spirituel autant que matériel, il organise la société et peut s'appréhender d'au moins deux manières différentes :

- ✚ Ensemble organisé de plusieurs personnes, physiques ou morales (les acteurs du réseau), qui peuvent avoir des statuts différents, une formation et une culture différentes et qui entretiennent entre eux des relations étroites.
- ✚ Structure d'organisation qui est un moyen de coordonner des agents économiques.

³³ Cité par PELISSIER.F, « Le réseau en santé et l'assurance maladie », tiré d'une thèse soutenue en octobre 2003 en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, 292 p.

³⁴ Idem

³⁵ CHU : Centre Hospitalier Universitaire, CLCC : Comité de Lutte Contre le Cancer

³⁶ Cité par PELISSIER.F, « Le réseau en santé et l'assurance maladie ».

En général, un réseau social est un ensemble de relations constitué d'un assemblage non structuré d'acteurs libres, entretenant entre eux une communication forte. Cette communication est primordiale et ne peut avoir lieu que si les membres y trouvent un intérêt et c'est pourquoi, le réseau s'organise autour d'un domaine de connaissances, de compétences, de convictions ou d'activités, ce qui explique sa thématique spécifique.

Il permet d'établir entre ses membres des relations d'échanges basées sur :

- 🔗 La compréhension qui nécessite un langage commun.
- 🔗 Une crédibilité réciproque que l'on peut nommer confiance.

Ainsi, la compatibilité technique indispensable entre les différents points d'un réseau d'infrastructure, devient une compatibilité de pratiques et de méthodes dans le réseau. L'analogie au système des réseaux de santé peut se faire dans le sens où ils sont abordés comme un moyen de normalisation des pratiques de soins. Les acteurs doivent apprendre à se connaître et à apprécier leurs qualités mutuelles pour pouvoir se coordonner afin de calibrer l'offre de soins sur les plans quantitatif et qualitatif.

I-3- Les modes de coordination mobilisés au sein des réseaux de santé

Si l'on englobe sous le terme de réseau, les deux formes de coordination que sont la filière et le réseau, on peut les associer à deux formes de coordination complémentaires l'une de l'autre :

- 🔗 Le réseau d'allocation de ressources.
- 🔗 Le réseau de création de ressources.

Au terme des ordonnances de 1996, il s'agit d'améliorer la coordination et la qualité des soins et de promouvoir de nouvelles formes d'organisation plus rationnelles d'accès aux soins. Cependant, GADREAU (2000)³⁷ fait une distinction notable entre ces deux mots qui souvent sont utilisés l'un pour l'autre car répondant à des objectifs communs : une filière est un réseau mais un réseau n'est pas forcément une filière.

En effet, le réseau au sens large vise à « *assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés, et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale* », alors que la filière correspond plutôt à une approche verticale de l'organisation des soins bien souvent à partir du médecin généraliste qui est chargé du suivi global : soins, prévention et accès des patients au système de soins.

³⁷ Cité par PELISSIER.F, « Le réseau en santé et l'assurance maladie », tiré d'une thèse soutenue en octobre 2003 en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, 292 p.

« Les filières de soins sont organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins » précise l'ordonnance.

Réseaux et filières obéissent donc à des logiques différentes car fondées sur des visions opposées de l'organisation des soins, l'une horizontale et transversale, l'autre verticale et se distinguent par leur degré d'intégration : forte pour la filière et faible pour le réseau, mais se rejoignent sur les aspects de coordination.

On notera l'enjeu commun à ces deux modes de coopération ville-hôpital : *« La capture dans les mailles des réseaux ou dans les tuyaux des filières du malade volatile et trop libre ! »*. (DE POUVOURVILLE, 1999)³⁸.

L'ANAES³⁹, propose une définition qui synthétise ce que recouvre aujourd'hui la notion de réseau de santé :

« Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. Il est composé d'acteurs : professionnels du champ sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge des personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé ».

L'ANAES propose donc de distinguer les notions de filière qui serait le reflet de la trajectoire des patients et de réseau qui s'attacherait à la structure. Un réseau au sens strict implique nécessairement l'existence d'une filière tandis que la proposition inverse n'est pas forcément vraie : le dispositif du médecin référent ne se traduit pas par la reconnaissance de réseaux institutionnels explicites mais correspond à la notion de réseau au sens large que nous avons défini.

³⁸ Cité par PELISSIER.F, Le réseau en santé et l'assurance maladie, tiré d'une thèse soutenue en octobre 2003 en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, 292 p.

³⁹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *« Principes d'évaluation des réseaux de santé »*, 1999.

I-3-1- Le réseau d'allocation de ressources

Pour les néoclassiques, les décisions de production ou d'échange sont des décisions d'allocation de ressources prises de façon à maximiser les intérêts des agents économiques. Les problèmes de coordination sont liés à l'organisation des échanges et les agents substantiellement rationnels élaborent des contrats.

Pour l'économiste le contrat est « un accord par lequel les agents se fixent des obligations réciproques concernant les actions que chacune des parties doit entreprendre », et comme le souligne BROUSSEAU (1995)⁴⁰ : « [...] *chacun a conscience que son destin individuel est en partie dépendant des résultats collectifs, d'où une propension à être coopératif (qui n'a rien d'altruiste). De ce fait les agents font spontanément des efforts pour mieux utiliser collectivement les ressources qu'ils mettent en commun* ».

Mais cette vision ne prend que peu en compte les comportements comme l'éthique ou la confiance fondamentaux dans la régulation d'un système de santé. Les motivations des agents comprennent des arguments altruistes, le désintérêt, la recherche de l'intérêt collectif ou bien encore la confiance. Le réseau étant un tissu de relations multilatérales cohérentes, le contrat étant utile pour les relations bilatérales, il devient insuffisant pour expliquer les accords destinés à déterminer le mode d'allocation des ressources, sauf à l'envisager au travers de la théorie des coûts de transaction⁴¹.

Cette théorie peut être définie comme une théorie des contrats et des organisations entre des agents économiques qui ont un intérêt mutuel à coopérer ou à échanger. Dans une économie de marché, le mécanisme des prix engendre des coûts de coordination qui portent le nom de coût de transaction, dont les déterminants sont de deux sortes :

-  Les caractéristiques des agents dotés d'une rationalité limitée et d'un comportement opportuniste.
-  Les caractéristiques des transactions elles-mêmes : spécificité des actifs, incertitude et fréquence des relations.

Les transactions sont réalisées quand les bénéfices des parties sont les plus grands possible et la forme d'organisation qui s'impose dans une situation donnée est celle qui minimise les coûts de transaction. Le réseau apparaît ainsi comme un mode de coordination hybride entre le marché et la hiérarchie, mobilisés tour à tour pour combiner de façon optimale les différents inputs détenus par les agents. L'avantage du réseau allocation de ressources est donc de concilier la flexibilité et la stabilité.

⁴⁰ Cité par PELISSIER.F, « Le réseau en santé et l'assurance maladie », tiré d'une thèse soutenue en octobre 2003 en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, 292 p.

⁴¹ WILLIAMSON.O, « Market and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implication », 1975, The Free Press.

On peut donc considérer que le réseau aboutit à une production de soins et/ou de santé au terme d'une nouvelle combinaison de facteurs de production existants engagés dans une forme organisationnelle spécifique combinant en des proportions variables, des arrangements institutionnels de type contraignant et de type contractuel résultant d'un accord de volonté.

Le réseau d'allocation de ressources présente donc deux dimensions :

- ✚ Il favorise une meilleure organisation géographique de la production.
- ✚ Il réalise une répartition des tâches, une division du travail qui permet d'atteindre à moindre coût un même objectif, ou à même niveau de dépense, un objectif plus élevé.

Dans cette organisation, les participants au réseau sont également encadrés par des règles imposées par l'autorité politique confirmant le réseau comme forme intermédiaire entre la hiérarchie et le marché.

I-3-2- Le réseau de création de ressources

En économie de création de ressources, la coordination est envisagée comme un problème d'organisation de la production qui permet, grâce à des savoirs et des savoir-faire spécifiques, la création de ressources nouvelles différentes de celles initialement mobilisées. Pour aborder le réseau création de ressources, nous mobiliserons deux types d'approche :

- ✚ L'approche conventionnaliste qui détermine la coordination par le rôle que tiennent les conventions d'activité et de qualité.
- ✚ L'approche évolutionniste qui met en avant le rôle de l'apprentissage dans la coordination.

Ces deux approches considèrent les agents comme disposant de facteurs de production dont la simple réunion ne suffit pas à obtenir un output. L'agent, doté d'une rationalité procédurale et non plus seulement substantielle, aura donc des motivations intéressées, auxquelles viendront s'ajouter d'autres motivations désintéressées, des valeurs comme l'altruisme, la confiance ou l'intérêt général.

L'organisation prend alors une dimension collective, qui a une identité propre qui dépasse la simple somme des individus. SERIEYX (1996)⁴² affirme que le maillage du réseau « favorise la transversalité et contribue à fortifier les hommes en créant plus d'échanges, plus d'activités que la somme des acteurs isolés... »

⁴²Cité par PELISSIER.F, « Le réseau en santé et l'assurance maladie », tiré d'une thèse soutenue en octobre 2003 en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, 292 p

... Il permet la coopération entre organisations complémentaires grâce à la responsabilisation, la confiance, la liberté, la transparence et l'autonomie ». L'agent économique devient un individu « collectif » qui se réfère à des règles communes et définies de manière collective.

Pour FAVREAU (1989)⁴³, les conventions sont des dispositifs cognitifs collectifs qui assurent la coordination. Leur rôle est de réduire l'incertitude, elles évitent d'avoir à s'interroger sur le comportement des autres. A la fois accord de volonté et produit, conséquence et origine des phénomènes d'imitation, la convention est une règle perçue collectivement et individuellement comme allant de soi.

La convention n'exclut ni le contrat ni la contrainte, et le réseau mobilise les trois types de règle : le contrat, la contrainte et la convention.

Chacune des trois règles est susceptible d'être modifiée au cours du temps, la convention peut devenir contrainte et inversement, certains contrats « *peuvent devenir des conventions au fur et à mesure de l'apprentissage qui s'effectue autour de la règle support de l'action* », (BEJEAN-PEYRON 1997)⁴⁴.

Une convention ne se décrétant pas, on peut tenter d'instaurer un apprentissage des règles contractuelles qui deviendront des règles conventions en s'imposant de manière exogène aux individus, ou bien favoriser l'adoption de cette convention en incitant les professionnels à y adhérer. C'est typiquement le cas avec les expérimentations de filières et réseaux de soins laissées en premier lieu à l'initiative des professionnels de santé.

Les règles de coordination ainsi créées permettent aux agents de créer des ressources supplémentaires à partir de la mise en commun de leurs connaissances et leurs savoir-faire. La confiance envisagée comme une convention, serait le mode de coordination principal et indispensable mis à l'œuvre. Or la confiance s'acquiert au cours du temps, elle est néanmoins initiée lors de l'adhésion par la signature d'une charte du réseau qui représente un engagement envers celui-ci. (ANNEXE 9, p 23 : CHARTE DES RESEAUX DE SANTE).

Les approches évolutionnistes rejoignent donc l'approche conventionnaliste en mettant en exergue les notions d'apprentissage et de confiance, qui se développent par le biais de routines et de communion de savoir-faire qui permettent la création de nouvelles ressources par le biais notamment de l'innovation.

MATHY (2000)⁴⁵ affirme que : « *la coordination vise d'abord à produire du savoir et à l'organiser pour ensuite en partager les fruits* ».

⁴³ Idem

⁴⁴ Cité par PELISSIER.F, « Le réseau en santé et l'assurance maladie », tiré d'une thèse soutenue en octobre 2003 en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, 292 p

⁴⁵ Idem

L'apprentissage et l'innovation organisationnelle sont donc envisagés comme des créations qui favorisent un processus cumulatif et autoentretenu de coopération.

D'après HUARD et MOATTI (1995)⁴⁶, « les acteurs coopèrent parce qu'ils se font confiance, et ils se font confiance parce qu'ils se connaissent à travers leur formation, à travers la proximité géographique, professionnelle, culturelle, etc..., et plus généralement à travers des relations personnelles. Ainsi, la proximité, la socialisation, les expériences communes favorisent l'adoption de comportements coopératifs qui sont à la base des réseaux ».

La confiance et les routines s'assimilent donc toutes deux à des phénomènes cumulatifs qui se renforcent par l'expérience et la pratique de comportements coopératifs. Motivation indispensable, la confiance est la condition d'adhésion des acteurs au réseau et elle lui confère une dimension sociale qui va au-delà du réseau de relations économiques. En outre, elle est indispensable autant entre les membres du réseau qu'entre les professionnels et les patients.

Ainsi le réseau s'avère marquer le passage des contrats interindividuels à des dispositifs collectifs de coordination ou le passage de la coordination à la coopération, d'un mécanisme à une valeur.

I-4- Le réseau innovation de structure et structure d'innovations

I-4-1- Une nouvelle organisation

L'organisation en réseau est porteuse de changements organisationnels dans le système de soins et amorce⁴⁷ :

-  Le décloisonnement du système de soin : réaménagement d'un système fondé sur la hiérarchie pour atténuer ses effets les plus néfastes : anonymisation, parcellisation et déresponsabilisation.
-  La flexibilité (accord minimal sur seulement quelques règles et procédures) pour s'adapter à des circonstances imprévues.
-  La résolution du conflit entre la filière et le réseau qui sont complémentaires, au sens où le réseau est l'espace d'interactions et de travail collectif, au sein duquel peuvent s'élaborer des objectifs et des modalités de coordination, dont la mise en œuvre⁴⁸ contribue à générer in fine la filière.

⁴⁶ Idem

⁴⁷ D'après NAIDITCH.M, BOURGUEIL.Y, GRIGNON.M, « Apports potentiels de réseaux dans l'évolution des systèmes de soins », Perspectives soignantes, n°9, décembre 2000.

⁴⁸ Filière entendue comme un « ensemble de trajectoires proches », ANAES, 1999, du patient et non comme une forme d'organisation qui impose un point unique d'entrée dans le système de soins par un professionnel désigné.

F.CROS⁴⁹ définit l'innovation comme « *l'introduction d'une nouveauté ou d'un nouveau relatif dans un système existant, en vue de l'amélioration et dans une perspective de diffusion. L'innovation peut donc ne pas être fondamentalement nouvelle et avoir déjà existé mais elle est nouvelle parce qu'elle est inconnue (ou pas reconnue) par le système qui l'accueille* ». Dans ce sens elle insiste sur le fait qu'une innovation est toujours contextualisée et qu'elle se distingue en cela de l'invention ou de la découverte.

Ainsi, la réorganisation du système de santé nous semble bien pouvoir être identifiée comme une innovation dans le monde des soignants dans le sens où l'on repère une mutation d'un système de soins « fermé », organisé de façon hiérarchique et orienté principalement vers le curatif à un système de soins « ouvert », organisé en réseau et visant à englober la dimension préventive.

La perspective de diffusion vise à participer aux objectifs de santé publique, « *en s'attachant à corriger les inégalités* »⁵⁰, et à « *garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé* » d'une part, et comprend « *l'élaboration, [...] la diffusion et [...] le respect des règles de bonnes pratiques paramédicales* » d'autre part comme le préconisent la loi⁵¹ et les ordonnances de 1996.

C'est une innovation organisationnelle qui touche le système de santé et de soins dans sa globalité et impose des changements dans les relations de tous les acteurs. En utilisant la notion de proximité inhérente au réseau, il s'agit de dépasser les écueils usuellement reconnus d'inégalité de consommation de soins réductibles à des inégalités dans l'accès aux soins et d'obtenir des soins correctement dimensionnés (nature des traitements et qualité des procédures de soins).

I-4-2- Un nouveau mode de coordination

La théorie des organisations considère la question de la coordination comme l'un des éléments centraux de l'analyse de son fonctionnement⁵² (MINTZBERG, 1993). Dans un univers stable et peu différencié, la coordination des professionnels autour de la prise en charge des patients, que celle-ci ait lieu au sein des hôpitaux et/ou au domicile, pouvait être assurée par la « standardisation des qualifications ou des compétences ». Les professionnels du soin étaient censés savoir a priori ce qu'ils avaient à faire, de par leur formation et l'obtention d'un diplôme.

⁴⁹ CROS.F, « Innovation », in Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation, Paris, Nathan Université, 1994.

⁵⁰ Loi relative à la politique de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004, pour la période 2004-2008

⁵¹ Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁵² MINTZBERG. H, « Structure et dynamique des organisations », Edition d'organisation, (1^{ère} éd 1983), 1998.

Mais aujourd'hui, dans un univers plus complexe et rapidement changeant, la problématique de l'organisation s'impose au monde des professionnels de la santé. Afin de garantir son efficacité sous contrainte de ressources rares, c'est-à-dire le meilleur résultat pour un coût donné, il faut accepter d'introduire au sein de la pratique médicale des mécanismes de coordination suffisamment stables pour rendre prévisibles les trajectoires des patients dans le système de soins.

MINTZBERG qualifie ces nouveaux mécanismes de coordination de « standardisation des processus », ou d'une façon plus générale de programmation de travail⁵³. Il s'agit donc, pour les professions de santé de passer : « d'une culture de l'organisation du travail fondée sur le savoir anatomo-clinique », à « une culture de travail fondée sur le savoir clinico-organisationnel ».

Les conditions d'émergence et de diffusion de ces nouveaux savoirs qui mettent l'accent sur la dimension organisationnelle de la pratique et font appel aux notions de programmation, constituent l'un des enjeux majeurs des réseaux de soins⁵⁴. Leur indéniable développement et caractère indispensable se trouvent confirmés par l'apparition récente de multiples formations universitaires de type MASTER (bac + 5), destinées à préparer aux fonctions de coordinateur de réseau.

Les outils de la coordination au sein des réseaux de santé sont :

-  Des outils de nature technico-organisationnelle : dossier médical, fiches de transmission, système d'information, staffs interdisciplinaires qui formalisent et facilitent la communication entre tous les intervenants, leur permettant d'échanger sur un mode commun
-  Des outils de nature humaine : le coordinateur, la cellule de coordination
-  Des outils de nature cognitive : formations communes qui uniformisent le niveau de connaissance et sont le siège de partage interdisciplinaire.

La théorie économique des organisations industrielles montre bien que cette coordination est nécessaire, du fait de l'existence d'une double complexité :

-  Un processus de production complexe requiert des acteurs plus spécialisés⁵⁵, que ce soit une spécialisation par restriction (processus complexe découpé en tâches élémentaires plus simples) ou une spécialisation par approfondissement (spécialisation de la connaissance, de la compétence, de la qualification).

⁵³ NIZET.J et PICHAULT.F, « Configurations organisationnelles : Mintzberg revisité », Revue Française de Gestion, 1999.

⁵⁴ NAIDITCH.M, BOURGUEIL.Y, GRIGNON.M, « Apports potentiels de réseaux dans l'évolution des systèmes de soins », Perspectives soignantes, n°9, décembre 2000.

⁵⁵ HUARD.P et MOATTI.J.P, « Introduction à la notion de réseau », Gestions hospitalières, 1995.

La spécialisation des acteurs n'est profitable en termes de processus de production que si ces spécialisations sont complémentaires, si elles mettent leurs *outputs* en commun.

✚ Un produit complexe requiert des processus standardisés, ce que l'économiste justifie par la possibilité de rapporter les actes productifs à des grandeurs quantifiables et comparables.

En d'autres termes, la standardisation serait un moyen de la « dépersonnalisation » de la production de soins. L'acheteur de soins, quel qu'il soit (l'assureur, le patient, le Haut Comité de la Santé publique), ne loue plus les services d'un individu dont la qualification et la réputation servent de référence *ex ante*, mais achète des actes élémentaires standardisés dont il peut évaluer *ex post* la qualité⁵⁶.

Or un processus standardisé de façon correcte peut ne pas être garant à 100 % d'un bon résultat⁵⁷, dans la mesure où celui-ci est fréquemment soumis à un ensemble d'aléas, en particulier du fait qu'il s'agit ici d'un service « coproduit » avec le patient, dont les réactions singulières vont interférer avec les soins délivrés.

Ainsi, les mécanismes de coordination qui caractérisent l'organisation en réseau sont principalement :

✚ L'ajustement mutuel par communication informelle qui apparaît plus performant pour gérer les situations d'incertitude.

✚ La décentralisation de la décision avec rétroactions mutuelles⁵⁸.

De plus, comme le soulignent WEIL.T, DURIEUX.F⁵⁹, « *Les innovations trouvent fréquemment leur source chez un client, car celui-ci définit le besoin et parfois même la solution* ».

De fait, l'innovation organisationnelle et son fonctionnement particulier génèrent des innovations à la fois dans les relations entre les acteurs par ces modes de coordinations qui deviennent prégnants et dans les soins eux-mêmes qui sont définis en équipe pluridisciplinaire en tenant compte des spécificités et des demandes des patients.

⁵⁶ Historiquement, un grand nombre de produits se sont ainsi standardisés, passant du « sur-mesure » au « prêt-à-porter » ; il a fallu parfois une intervention autoritaire pour y parvenir, comme le montre l'histoire des réseaux électriques. Notons que certains produits y sont réfractaires, tels ceux pour lesquels l'appellation d'origine et les effets de réputation l'emportent sur les considérations de contenu (vins, parfums, porcelaine).

⁵⁷ EDDY.D, 1999, cité par NAIDITCH.M, BOURGUEIL.Y, GRIGNON.M, « Apports potentiels de réseaux dans l'évolution des systèmes de soins », Perspectives soignantes, n°9, décembre 2000.

⁵⁸ BOURGUEIL.Y, BREMOND.Y, DEVELAY.A, GRIGNON.M, MIDY.F, NAIDITCH.M, POLTON.D, « Evaluation des réseaux de soins : enjeux et recommandations », Publication du CREDES et du Groupe IMAGE ENSP, Mai 2001, 73 p.

⁵⁹ WEIL.T, DURIEUX.F, « La gestion de l'innovation en réseau », Rapport pour l'Association Nationale de la recherche technique, mars 2000, 76 p.

I-4-3- De nouvelles relations

L'innovation, telle que la présente ALTER.N⁶⁰, implique un processus de transformation : *« une innovation, lorsqu'elle part de la base, peut tout à fait être freinée par la hiérarchie. A l'inverse, s'il y a une tentative d'imposer une invention dogmatique, c'est-à-dire quelque chose qui vient d'en haut, les jeux naturels de pouvoirs dans les organisations vont faire en sorte que cette innovation va être freinée ou rejetée par la base »*.

Ainsi, si l'on veut qu'une innovation puisse se construire, il faut trouver les moyens d'associer les différents acteurs concernés et trouver les formes de consensus. Pour qu'un projet aboutisse, c'est toute la chaîne humaine qui doit être solidaire. Mais la mise en œuvre des dispositifs ouverts bouleverse les organisations antérieures et suppose la mise en place de nouveaux modèles organisationnels qui peuvent entraîner des réticences.

Comme le soulignent les sociologues des organisations et notamment BERNOUX.P⁶¹ qui s'appuie sur les travaux de CROZIER et FRIEDBERG⁶², *« le changement ne se décrète pas. Une loi ou un ordre peuvent accompagner ou susciter un nouveau modèle relationnel, sûrement pas le déclencher. L'innovation n'a lieu que si le groupe ou l'organisation ont déjà vécu ces nouveaux modèles, ces nouveaux modes de relations. La difficulté vient de ce que l'apprentissage de la nouvelle pratique sociale se fait à l'intérieur de l'ancienne, de ce qu'il faut inventer des relations différentes dans un système qui vit une certaine pratique »*.

Ainsi, les organisations ouvertes ne créent pas de « nouveaux acteurs », mais impliquent « du nouveau pour les acteurs » et « exigent d'eux un double effort : celui de travailler ensemble alors que leurs premières rencontres sont parfois malaisées en raison des modèles inadaptés dont chacun est encombré. Le partenariat s'impose donc comme nécessaire mais aussi difficile à mettre en œuvre.

I-4-4- De nouvelles connaissances

Le partenariat est *« un accord de collaboration mutuelle entre partenaires égaux travaillant ensemble à réaliser leurs propres intérêts tout en résolvant des problèmes communs »*.

Comme le suggèrent CROZIER et FRIDBERG, toute action de changement passe par la découverte et l'acquisition de nouvelles capacités collectives, de nouvelles façons de raisonner.

⁶⁰ ALTER.N, « L'innovation ordinaire », Paris, Presses Universitaires de France, 2000.

⁶¹ BERNOUX.P, « La sociologie des organisations », Collection Points, Paris, Editions du Seuil, 1985, 377p.

⁶² CROZIER.M, FRIEDBERG.E, « L'acteur et le système », Paris, Editions du Seuil, 1977, 500p.

C'est notamment apprendre à coopérer autrement, c'est-à-dire inventer, à fixer de nouveaux modèles de jeu et à s'engager dans un processus collectif où les individus et les groupes deviennent acteurs du changement.

Selon ZARIFIAN.P⁶³, lorsque l'on utilise le terme de coopération, il s'agit de « l'agir ensemble ». Pour illustrer son propos, il prend l'exemple du monde de l'entreprise dans lequel il a observé, qu'au-delà du découpage fonctionnel traditionnel, se développait de plus en plus d'organisations par projet qui permettent aux différents métiers et aux différentes sources d'expertise de travailler de manière simultanée et convergente. Il nomme cela « la mise en coopération » et affirme que ce paradigme gagne du terrain et devient « *un nouveau référent culturel qui se substitue, au moins quant à sa dominance dans les milieux de la grande entreprise industrielle, au paradigme de la répartition des tâches et de la responsabilité* ».

Il montre que la coopération implique de travailler ensemble en construisant « *un espace d'intersubjectivité, de compréhension réciproque* ».

« L'agir ensemble », indispensable dans l'organisation par projet amène irrévocablement la question du comment agir ensemble.

Dans sa représentation la plus simple, le réseau est constitué d'unités, appelées aussi nœuds ou sommets, et dans le contexte des réseaux sociaux, les nœuds sont des personnes ou des ensembles humains (des groupes), *ici des professionnels de santé de divers horizons*. Pour LAFAYE.C⁶⁴, la notion de réseau est un « affinement de l'analyse stratégique », c'est-à-dire qu'elle donne une autre dimension aux relations internes et externes aux organisations qui coopèrent *à un projet* et des individus qui les composent.

II- LE CONCEPT DE COOPERATION

II-1- Introduction

Les racines étymologiques du terme sont le mot *operare* associé au suffixe *co* qui veut dire travailler conjointement. Mais le concept de coopération ne peut être expliqué uniquement par le biais de la participation à la réalisation d'un objectif commun. En effet, la coopération peut aussi représenter un moyen pour accéder à certaines ressources stratégiques détenues par l'autre partie⁶⁵. La coopération est alors le lieu d'une négociation où chaque partie monnaie sa capacité à maîtriser l'incertitude de l'autre, notamment en termes de ressources.

⁶³ ZARIFIAN.P, « Travail et communication », Paris, Presses Universitaires de France, 1996.

⁶⁴ LAFAYE.C, « Sociologie des organisations », Collection 128, Paris, Nathan Université, 1996, 127p.

⁶⁵ CROZIER et FRIEDBERG 1992

Du point de vue des économistes, il importe peu que l'on considère des réseaux d'individus ou des réseaux d'organisations. Ils modéliseront souvent une entreprise comme un acteur individuel et rationnel (c'est-à-dire maximisant son utilité selon des préférences préétablies). Ainsi, lorsqu'on analysera les motivations d'une collaboration, on trouvera les mêmes catégories qu'il s'agisse d'individus ou d'organisations :

- 🔗 Accès à des compétences complémentaires et apprentissage de celles-ci
- 🔗 Enrôlement des alliés pour acquérir une légitimité ou bénéficier d'externalités de réseau. (ANNEXE 10, p 25 : LES EXTERNALITES DE RESEAUX).

Lorsque deux agents entament une relation de collaboration, ils doivent s'interroger d'abord sur la viabilité de celle-ci. Ils doivent donc essayer de se comprendre, de se connaître, d'estimer les compétences de chacun mais aussi les capacités à coopérer. Comme nous l'avons vu précédemment, ils ont le choix d'agir sur la base soit d'un contrat officiel (de façon explicite) soit de la confiance (de façon implicite). (ANNEXE 11, p 27 : SCHEMATISATION DE LA COMPLEMENTARITE CONTRAT CONFIANCE).

« La complémentarité existante entre les individus se trouve être à l'origine des phénomènes de coopération entre ceux-ci. Ces phénomènes émergent dans le but de satisfaire leurs besoins et les rend finalement solidaires dans le cadre d'un groupe ou d'une organisation »⁶⁶.

II-2- Les conditions premières de la coopération

Lorsqu'il s'agit de coopération et des liens entre les individus, il ne suffit pas pour l'un d'entre eux de vouloir ou d'être un moyen de coopérer mais aussi de trouver un partenaire décidé à coopérer à son tour. Ainsi, distingue-t-on quatre éléments essentiels qui doivent être associés afin que la coopération puisse se concrétiser :

II-2-1- La mise en place d'une bonne communication : Il est important que l'échange d'informations se fasse dans tous les sens, ce qui demande la réalisation de trois types de connexions : « une connexion physique » qui permet la transmission de signaux dans les deux sens, « une connexion intellectuelle » sur laquelle les individus se retrouveront au niveau du répertoire et de la syntaxe, en créant un langage commun et compréhensible, et « une connexion psychologique » qui assure une confiance minimale, c'est-à-dire une empathie des individus en présence sans pour autant mettre totalement de côté certaines fermetures d'esprit ou de pensées contraires.

⁶⁶ ZAHARIA.C, « Les fondements de la coopération : une analyse quantitative », Groupe de recherche sur le risque, l'information, la décision, 2003, 53p.

II-2-2- Etre accepté et reconnu par l'autre : Dans une relation de coopération, il est nécessaire que l'individu soit considéré comme un être à part entière, reconnu par l'autre pour ses compétences, ses aptitudes et ses valeurs tant professionnelles que personnelles. L'individu a besoin d'être reconnu, respecté et différencié de l'autre.

II-2-3- Respecter le secret : Dans une relation de coopération, chaque acteur souhaite être considéré comme quelqu'un de différent, que des liens très forts soient noués et que des informations confidentielles soient divulguées, sans pour autant que celles-ci fassent l'objet d'une révélation ultérieure. Ainsi, chacun des intervenants doit bien distinguer ce qu'il peut révéler au sein d'une situation professionnelle et ce qu'il ne vaudrait mieux pas sous peine de mettre en échec la coopération. Le concept de confiance joue ici un rôle prépondérant.

II-2-4- Egalité, liberté et justice dans la coopération : En l'absence d'égalité, des comportements plus ou moins négatifs risquent de se développer : en effet, l'asymétrie en terme de pouvoir entre les parties peut conduire à des situations conflictuelles car l'un des acteurs a intérêt à garder le *statu quo* alors que l'autre cherchera toujours à rétablir l'équilibre. Par ailleurs, sans liberté, l'individu est placé dans une situation de soumission semblable à celle de la théorie du maître et de l'esclave, ce qui rendra impossible la coopération. Enfin, la justice est importante car la coopération doit s'arrêter aux limites de la justice et de la loi.

La logique de réseau peut être comprise comme un cercle vertueux entre des attentes positives qui vont entraîner des comportements non opportunistes, lesquels viennent à leur tour renforcer les attentes positives (CHILES et MACMACKIN, 1996)⁶⁷.

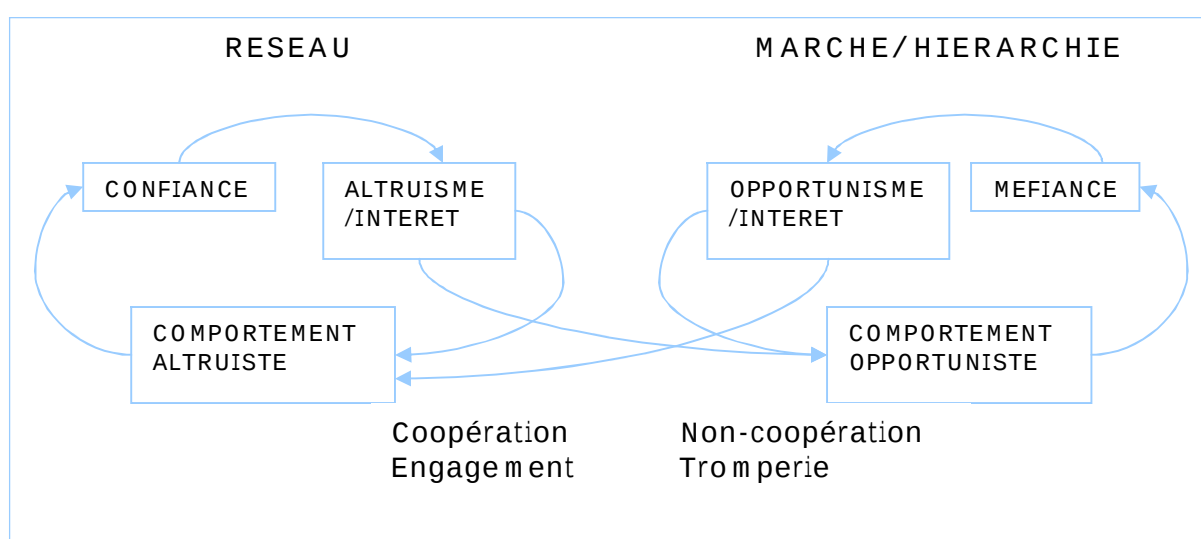


Schéma 3 : Vers le cercle vertueux du réseau⁶⁸

⁶⁷ Cité par ZAHARIA.C, « Les fondements de la coopération : une analyse quantitative », Groupe de recherche sur le risque, l'information, la décision, 2003, 53p.

Pour maintenir ce cercle vertueux, plusieurs éléments doivent être combinés. Tout d'abord une forme d'altruisme et une forme d'intérêt doivent être simultanément présentes en une combinaison complexe. L'altruisme se fonde sur l'existence de normes et de valeurs convergentes entre les membres de l'organisation. Mais, nécessairement combiné à l'altruisme, on trouve l'attente intéressée c'est-à-dire l'attente que les autres membres de l'organisation adoptent le même comportement.

Par ailleurs des normes et des valeurs communes doivent être préexistantes aux contacts entre les membres, mais une dynamique de convergence de celles-ci et dévaluation résulte de l'interaction sociale⁶⁹. Les individus évaluent en permanence la crédibilité de leurs attentes vis-à-vis des autres membres, les attentes convergent vers une évaluation positive tant que le comportement des autres est jugé pour son altruisme. Ainsi se construit une vision commune et empathique (ROGERS, 1966)⁷⁰.

II-3- De la coopération à l'apprentissage

Le réseau, défini comme une logique d'organisation non hiérarchique et coopérative (JOSSERAND 1998)⁷¹, semble être la logique structurelle la mieux à même de donner ses chances à une dynamique d'apprentissage. Dans les conditions de coopération telles que nous les avons définies précédemment, des espaces transactionnels (WINICOTT, 1972)⁷² peuvent ainsi être créés ou émerger. Les membres du réseau expérimentent ainsi une relation dans laquelle les individus reprennent le pas sur le respect des règles organisationnelles, ce qui conduit à la fois à un apprentissage individuel et organisationnel. Celui-ci peut être compris de deux manières :

II-3-1-Un apprentissage comportemental (SKINNER, 1953)⁷³ : phénomène adaptatif dans lequel les individus essayent de trouver une réponse à un changement dans leur environnement sans mobiliser de processus cognitif. Ce type consiste à adapter les actions tout en restant dans le cadre des principes et des normes en usage. C'est l'apprentissage en simple boucle qui renforce la stabilité et permet l'adaptation mais devient inopérant quand l'organisation est confrontée à des conditions inédites.

⁶⁸ BLANCHOT.F, ISAAC.H, JOSSERAND.E, KALIKA.M, DE MONTMORILLON.B, ROMELAER.P, « Organisation : explosion des frontières et transversalité », CREPA, Dauphine, 2000, 22p.

⁶⁹JOSSERAND.E, GRIMA.F, « Organisation en réseau et apprentissage : une analyse interindividuelle de la dynamique relationnelle », Actes du Congrès ASAC-IFSAM, Montréal, 2000, 11 p.

⁷⁰ Cité par JOSSERAND.E, GRIMA.F, « Organisation en réseau et apprentissage : une analyse interindividuelle de la dynamique relationnelle », Actes du Congrès ASAC-IFSAM, Montréal, 2000, 11 p.

⁷¹JOSSERAND.E, GRIMA.F, « Organisation en réseau et apprentissage : une analyse interindividuelle de la dynamique relationnelle », Actes du Congrès ASAC-IFSAM, Montréal, 2000, 11 p.

⁷² Cité par JOSSERAND.E, GRIMA.F, « Organisation en réseau et apprentissage : une analyse interindividuelle de la dynamique relationnelle », Actes du Congrès ASAC-IFSAM, Montréal, 2000, 11 p.

⁷³ Idem.

II-3-2-Un apprentissage qui mobilise des processus cognitifs : les individus sont proactifs et leur apprentissage repose sur l'élaboration de nouvelles réponses. C'est l'apprentissage en double boucle qui remet en question les principes, les normes et les croyances existantes pour faire émerger de nouvelles théories de l'action.

Ce précieux apprentissage en double boucle peut être compromis par l'apprentissage en simple boucle qui peut rigidifier l'organisation, (ARGYRIS, 1985)⁷⁴. Nous avons ici une des explications de la nécessité de passer : « d'une culture de l'organisation du travail fondée sur le savoir anatomo-clinique », à « une culture de travail fondée sur le savoir clinico-organisationnel », évoquée plus haut.

II-4- De l'apprentissage à l'innovation

C'est l'apprentissage en double boucle qui engendre l'innovation, car le réseau produit des nouveautés qu'il capitalise et dont il se sert pour de nouvelles situations problèmes rencontrées. A chaque nouveauté se produit une transformation du capital de connaissances du réseau ce qui produit à son tour une transformation des réponses apportées aux problèmes rencontrés.

LEMOIGNE⁷⁵ qualifie ce phénomène de « spirale innovatrice » représentée par le schéma suivant et qui montre une coévolution du réseau et de l'état de son capital de connaissances :

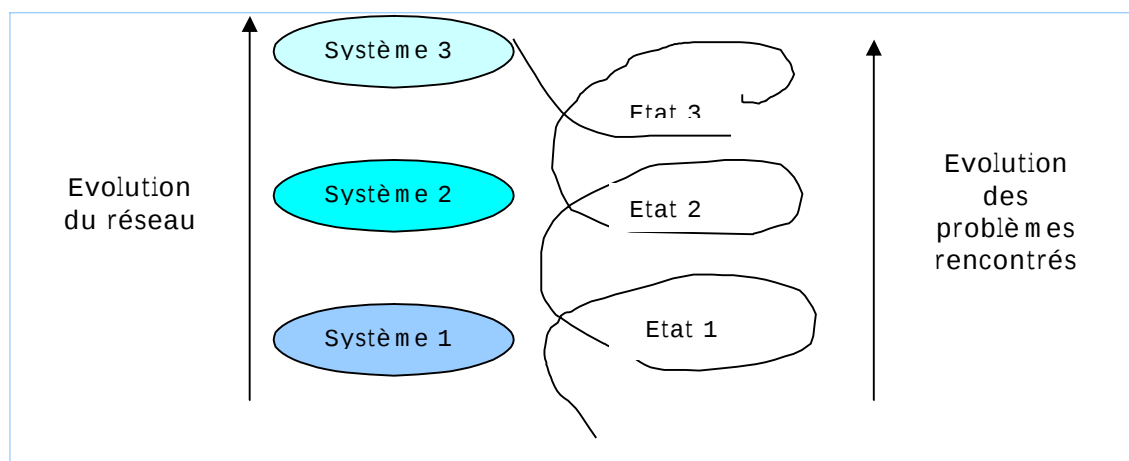


Schéma 4 : La spirale innovatrice de LEMOIGNE⁷⁶

⁷⁴ Idem.

⁷⁵ LEMOIGNE J.L., « La théorie du système général », 4^{ème} édition, PUF, 1994.

⁷⁶ Idem.

La méthodologie de capitalisation des connaissances et la création de compétences nouvelles, développée par NONAKA et TAKEUCHI (1995)⁷⁷ considère que la fonction première de l'organisation est de créer un avantage concurrentiel basé sur l'intelligence collective. Dans le cas des réseaux de santé, il s'agit de trouver les solutions les plus adaptées aux patients pris en charge.

Ce modèle repose sur la distinction entre savoirs tacites et savoirs explicites. Le savoir tacite est enraciné dans l'action, dans les routines, dans un contexte spécifique. Le savoir explicite est la connaissance codifiée transmissible en un langage formel et systématique (production au niveau individuel et gestion informatique ou non au niveau du réseau).

La création et la capitalisation des connaissances interviennent à trois niveaux :

- ✚ Au niveau individuel, l'autonomie pour expérimenter : la relation médecin patient ou infirmière patient est par définition singulière et est le siège d'échanges particuliers.
- ✚ Au niveau du groupe, l'interaction et le dialogue : les réunions de régulation successives organisées pour définir le projet de soins personnalisé du patient sont les moments privilégiés de récit d'expériences contextualisées complètes, confrontées aux savoirs théoriques des différents acteurs qui s'entendent pour définir le compromis le plus adapté au patient.
- ✚ Au niveau du réseau, l'accès aux ressources est dépendant des compétences de ses membres et de leurs expériences cumulées, tant au niveau de la pratique des soins qu'au niveau de leur organisation.

La création et la capitalisation des connaissances font intervenir quatre modes de conversion :

- ✚ Socialisation, du savoir tacite au savoir tacite (le partage sur le lieu du travail, l'apprentissage par imitation).
- ✚ Articulation, du savoir tacite au savoir explicite (métaphores, concepts, hypothèses, modèles, analogies, élaboration de modules de formation spécifiques).
- ✚ Combinaison, des savoirs explicites (gestion électronique documentaire, réseaux des connaissances, élaboration de nouveaux protocoles de soins et procédures d'organisation et de coordination).
- ✚ Intériorisation, du savoir explicite au savoir tacite à un niveau plus élevé (l'organisation apprenante intègre la production de ces nouveaux savoirs).

⁷⁷ Cité par HUARD.P, « Cours de théories des organisations », Master 1, Analyse des conditions de travail, gestion des carrières et compétences, 2004-2005, Facultés des sciences économiques et de gestion, Université de la méditerranée, Marseille.

Le processus de création et de capitalisation des connaissances se joue dans les différentes circulations entre l'individu et le collectif, entre savoir tacite et savoir explicite ainsi que l'illustre le schéma suivant⁷⁸ :

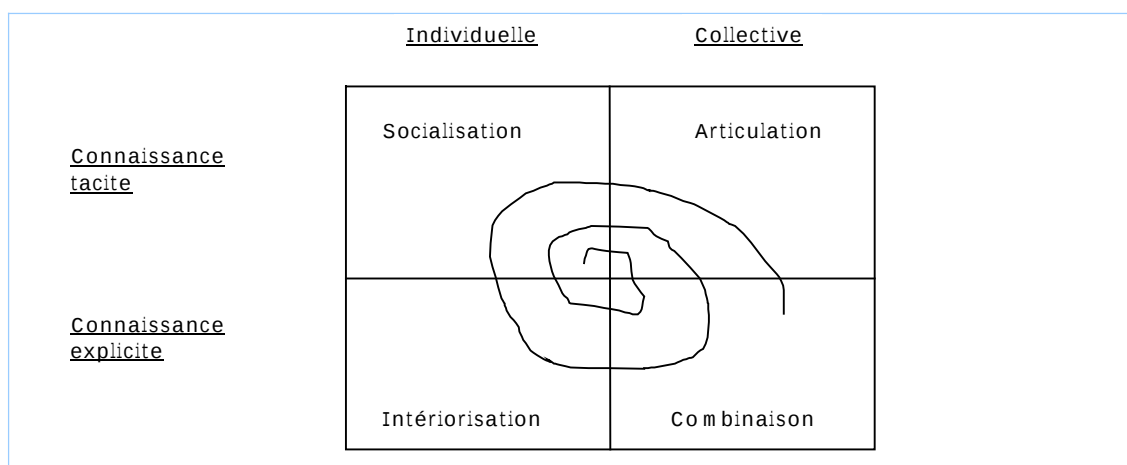


Schéma 5 : Typologie des modes de création de savoirs d'après NONAKA et TAKEUCHI (1995).

Pour ARGYRIS et SCHÖN (1978)⁷⁹, l'apprentissage organisationnel se fonde sur l'apprentissage individuel. L'organisation peut ainsi conserver une variété dans les manières dont elle considère les problèmes auxquels elle est confrontée. Cette pluralité d'interprétation permet à un recadrage de s'opérer, c'est-à-dire que de nouvelles interprétations et les solutions différentes qui en découlent peuvent être prises en considération. La capacité des individus à penser différemment est donc l'un des constituants essentiels de l'organisation apprenante, et ceux-ci négocient pour arriver à un consensus sur la solution à adopter pour le problème soulevé.

Didier ANZIEU⁸⁰ met en évidence trois bonnes raisons pour négocier :

- 🔗 Les membres doivent travailler ensemble et œuvrer à la réalisation de l'objectif commun qui est la prise en charge la meilleure possible du patient, par delà leurs conceptions parfois divergentes
- 🔗 Les rapports de pouvoir sont fluctuants, même au sein du réseau qui est par définition une organisation non hiérarchique, la détention de savoirs, d'expertise dans des domaines divers (médical, infirmier, organisationnel), confère aux protagonistes une forme de pouvoir. La conscience réciproque que l'autre a un pouvoir qui peut lui conférer une « suprématie », la valorisation de son rôle, et que ce pouvoir est fluctuant selon la situation, constitue une des raisons de l'instauration de la négociation

⁷⁸ HUARD.P, « Cours de théories des organisations », Master 1, Analyse des conditions de travail, gestion des carrières et compétences, 2004-2005, Facultés des sciences économiques et de gestion, Université de la méditerranée, Marseille.

⁷⁹ Cité par JOSSERAND.E, GRIMA.F, « Organisation en réseau et apprentissage : une analyse interindividuelle de la dynamique relationnelle », Actes du Congrès ASAC-IFSAM, Montréal, 2000, 11 p.

⁸⁰ Cité par STIMEC.A, « La négociation », Les topos, DUNOD, 2005, 119 p.

 Négocier est une norme sociale indispensable au travail en réseau. Dans certains cas effectivement la négociation ne peut s'expliquer par la fluctuation des pouvoirs mais tout simplement parce que la négociation est devenue une institution, une norme culturelle, une façon normale d'agir, pour accorder les volontés et combiner les savoirs et les compétences pour élaborer une solution optimale pour le patient.

La négociation permet donc à tous les acteurs de trouver un consensus. Le réseau est donc « *un espace de négociation qui favorise l'émergence de connaissances nouvelles* », (REYES.P, 2006)⁸¹.

Un premier degré d'apprentissage organisationnel consiste en une diffusion des compétences développées individuellement. L'apprentissage organisationnel peut être intégré dans les procédures, pratiques et valeurs organisationnelles et un processus collectif est ainsi mis en œuvre (KIM, 1983)⁸² : c'est l'apprentissage collectif de diffusion. Dans ce type d'apprentissage, les individus sont à l'origine du processus mais, s'il est collectif, il n'émerge pas des interactions entre les individus. Un apprentissage collectif partagé émerge des différents systèmes cognitifs et renvoie à une dynamique collective qui est productrice de règles communes (LEROY, 1998)⁸³. On peut donc considérer que c'est l'organisation elle-même qui apprend ou tout du moins qui constitue la trame de l'apprentissage collectif.

Ainsi, le réseau organisation apprenante, peut se définir comme combinant les apprentissages individuels, collectif de diffusion et collectif partagé. Ceci implique des anticipations altruistes et un sens de la communauté qui reposent sur des liens affinitaires entre les individus et sont comme nous l'avons vu fondamentaux pour la coopération. Nous pouvons dès lors donner et commenter quelques définitions de l'organisation apprenante⁸⁴ :

 Une organisation est dite apprenante lorsque sa structure et son fonctionnement favorisent les apprentissages collectifs en développant une logique de professionnalisation et de non qualification⁸⁵.

La structure réseau offrant aux divers protagonistes l'opportunité de se rencontrer au cours de diverses réunions et d'échanger sur les modalités de leurs pratiques, permet l'apprentissage collectif de diffusion tel que nous l'avons défini plus haut.

⁸¹ REYES.P, Coordinateur du réseau RESOP, Réseau de santé d'oncopédiatrie, Marseille, propos recueillis lors de sa séance de cours à l'IFCS.

⁸² Cité par JOSSERAND.E, GRIMA.F, « Organisation en réseau et apprentissage : une analyse interindividuelle de la dynamique relationnelle », Actes du Congrès ASAC-IFSAM, Montréal, 2000, 11 p.

⁸³ Idem.

⁸⁴ DELLE VIRGINI.N, Licence AGES 2005/2006, « Techniques de la GRH », 3^{ème} séquence.

⁸⁵ ELLUL.F, « L'organisation apprenante », La lettre du CEDIP n°16, Janvier 2001.

- ✚ Organisation qui possède l'aptitude de créer, d'acquérir et de transférer des connaissances, ainsi que celle de modifier son comportement, afin de refléter de nouvelles connaissances et de nouvelles manières de voir les choses⁸⁶.

La flexibilité du réseau, aussi bien au niveau de sa structure qu'au niveau du système relationnel mis en œuvre en son sein, favorise l'apprentissage collectif partagé.

- ✚ L'organisation apprenante reflète d'une culture organisationnelle –une façon d'être et de fonctionner dans un environnement – où les gens collaborent et réfléchissent ensemble pour que l'organisation s'améliore constamment afin de devenir une organisation saine et agile. On y favorise la synergie par le dialogue sur l'expérience et les connaissances, l'ouverture, la connaissance de soi, la collaboration avec toutes les composantes de l'organisation et la vision partagée. Ainsi, les gens se sentent valorisés, les équipes et l'organisation sont plus efficaces et s'adaptent mieux aux nouveaux défis⁸⁷.

Cette dernière définition introduit la notion de culture organisationnelle qui implique la collectivité des adhérents (réflexion commune, vision partagée), et insiste sur les caractéristiques personnelles des membres (ouverture, connaissance de soi), sans lesquelles la synergie, la collaboration et l'amélioration constante ne pourraient se réaliser.

	ORGANISATION TRADITIONNELLE	ORGANISATION APPRENANTE
VISION	Déclarée par le dirigeant	Collective et partagée
STRATEGIE	Réactive	Proactive
ORGANISATION	Pyramidale et hiérarchique	Par projet et en réseau
STRUCTURE	Par métier, par produit	Par projet
ORIENTATION	Tâches et contenu	Personnes et processus
SYSTEME DE RECONNAISSANCE	Individuelle et basée sur les résultats, le mérite ou l'ancienneté	Collective et basée sur le potentiel individuel
MOTIVATION	Extrinsèque	Intrinsèque
RÔLE DU MANAGER	Gestionnaire et contrôleur	Partenaire, coach
MODE DE RELATION (interne/externe)	De type donneur d'ordre et concurrentiel	Concertation et coopération
POUVOIR	Centralisé	Décentralisé
VALEURS	Devoir, obéissance, performance, ...	Partage, confiance, responsabilité, ...
COMMUNICATION	Principalement descendante	Fluide, ouverte, transparente
APPRENTISSAGE	Principalement individuel et dans le cadre de formations	Formation-action, au sein de son équipe, participation à des réseaux d'échanges, modélisation
RELATION AU SAVOIR ET AUX SAVOIRS FAIRE	Utilisation opérationnelle et accès limité	Capitalisation et partage

Tableau 2 : Organisation apprenante⁸⁸

⁸⁶ Grand dictionnaire terminologique.

⁸⁷ GIBEAULT.D et Associé(e)s, basé sur les travaux de SENGE.P.

⁸⁸ DUPORT.F, Savoirs en réseau, « Organisation apprenante », 2006.

Ainsi, nous voyons que le manager de l'organisation apprenante est un partenaire corroborant la définition de JOSSERAND⁸⁹ du réseau « organisation non hiérarchique coopérative ». Le pouvoir est décentralisé ce qui confirme l'analyse de BOURGUEUIL⁹⁰ selon laquelle les mécanismes de coordination qui caractérisent l'organisation en réseau sont principalement l'ajustement mutuel par communication informelle et la décentralisation de la décision avec rétroactions mutuelles. Son rôle est donc de favoriser la concertation et la coopération par une communication fluide, ouverte et transparente, révélant par là même les valeurs de partage et de confiance développées par HUARD et MOATTI (1995)⁹¹, et explicitées par JOSSERAND⁹², pour la consolidation du cercle vertueux du réseau. Tout ceci permettant l'apprentissage, comme nous venons de le décrire précédemment, favorisant l'innovation de la prise en charge des patients.

II-5- De l'innovation à la diffusion des bonnes pratiques

A ce stade de notre réflexion, nous avons démontré que l'organisation en réseau est une forme organisationnelle favorisant la création de connaissances et de compétences nouvelles constituant une innovation, au sens « *d'une nouveauté ou d'un nouveau relatif dans un système existant, en vue de l'amélioration et dans une perspective de diffusion*⁹³ ». Ces connaissances et ces compétences nouvelles élaborées dans le temps par la mise en commun et la combinaison des expertises et des expériences professionnelles de terrain, constituent des bonnes pratiques car elles sont la synthèse de celles-ci. Des pratiques qui allient à la fois l'utilisation des dernières avancées de la recherche biomédicales et l'adaptation de celles-ci à l'individualité du patient en prenant en compte toutes ses dimensions bio-physico-psycho-sociologiques sont des bonnes pratiques dans la mesure où elles permettent de prodiguer des soins de la meilleure qualité possible au meilleur coût. Néanmoins, nous pouvons aussi y inclure des pratiques habituelles (non innovantes) mais qui ne seraient pas effectives en lieu et place sans l'existence du réseau. Dès lors, l'innovation de la prise en charge des patients est constituée à la fois de bonnes pratiques « nouvelles » et de l'association à celles-ci de pratiques habituelles (un nouveau relatif...).

Le réseau est donc une infrastructure de développement des bonnes pratiques.

⁸⁹ JOSSERAND.E, GRIMA.F, « Organisation en réseau et apprentissage : une analyse interindividuelle de la dynamique relationnelle », Actes du Congrès ASAC-IFSAM, Montréal, 2000, 11 p. Note de bas de page n°69 page 37.

⁹⁰ BOURGUEUIL.Y, BREMOND.Y, DEVELAY.A, GRIGNON.M, MIDY.F, NAIDITCH.M, POLTON.D, « Evaluation des réseaux de soins : enjeux et recommandations », Publication du CREDES et du Groupe IMAGE ENSP, Mai 2001, 73 p. Note de bas de page n°56 page 31.

⁹¹ Cité par PELISSIER.F, « Le réseau en santé et l'assurance maladie », tiré d'une thèse soutenue en octobre 2003 en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, 292 p. Note de bas de page n°44, page 27.

⁹² BLANCHOT.F, ISAAC.H, JOSSERAND.E, KALIKA.M, DE MONTMORILLON.B, ROMELAER.P, « Organisation : explosion des frontières et transversalité », CREPA, Dauphine, 2000, 22p. Note de bas de page n°66 page 36.

⁹³ CROS.F, « Innovation », in Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation, Paris, Nathan Université, 1994. Note de bas de page n°47 page 28.

L'organisation en réseau comprendrait la dimension de diffusion des bonnes pratiques soignantes par le fait qu'elle constitue une infrastructure de distribution de soins de qualité, et nous pouvons reprendre ici les trois dimensions qui ont permis d'appréhender le réseau dans notre deuxième partie :

-  La dimension physique correspondant à un territoire irrigué des bonnes pratiques soignantes, représenté par la localisation géographique des patients et des soignants inclus dans le réseau. (Connexion physique de la communication)
-  La dimension fonctionnelle correspondant à l'infrastructure nécessaire à cette irrigation, c'est à dire les outils mis à disposition par le réseau, que ce soit des dossiers, des procédures, des protocoles, des réunions.... (Connexion intellectuelle de la communication)
-  La dimension sociale indissociable constituant, si l'on peut s'exprimer ainsi, « la pompe » permettant l'irrigation, les personnes qui font vivre et animent le réseau. (Connexion psychologique de la communication)

En poussant plus loin l'analogie, nous pourrions dire que le Cadre de Santé coordinateur du réseau serait un des « moteurs » de la diffusion des bonnes pratiques soignantes.

L'ANAES définissant le réseau comme « une forme organisée d'action collective », [...], « transversal aux institutions et aux dispositifs existants », [...], « composé d'acteurs » d'univers différents, [...], dont « la coopération [...] est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs », indique déjà quelques uns des rôles du Cadre de Santé qui peut être amené à devenir coordinateur, autant en regard des instances financières, que des institutions ou partenaires, et des différents professionnels participant des objectifs du réseau.

Nous allons donc étudier dans la partie suivante, son rôle dans le management d'un processus d'innovation (III.1), envisager sa responsabilité dans le réseau et son organisation, et ses objectifs au travers de la théorie de MINTZBERG (III.2), et discuter de ses caractéristiques de manager de réseau (III.3).

III- LE MANAGEMENT DU RESEAU

Mettre en œuvre le réseau organisation apprenante suppose un management particulier, puisque la coordination, la coopération, l'apprentissage et l'innovation sont au cœur de ses activités. Savoir faire fonctionner des réseaux d'individus localisés dans des environnements différents est nécessaire pour tirer parti des conventions de coopération, dès lors que l'objectif de celles-ci dépasse la constitution d'un conglomerat d'activités hétérogènes ou la rationalisation de moyens.

III-1 Le rôle du Cadre de Santé : Le management d'un processus d'innovation⁹⁴

Quand on observe de près comment des innovations réussies se sont déroulées, on trouve des constantes, qui conditionnent la réussite du processus.

III-1-1- L'éclosion des idées

- ✎ Permettre la transgression de l'ordre établi : Il y a toujours une sorte de contradiction entre l'organisation qui est conçue pour réduire l'incertitude et la pratique innovante qui cherche au contraire à en tirer parti. Il est donc fondamental que le climat général dans lequel baignent les personnes ne soit pas répressif à l'égard des idées ou des méthodes nouvelles
- ✎ Créer des rencontres, croiser des logiques, favoriser l'adoption d'un langage et de références communes : Des motivations et des compétences diverses doivent se mobiliser pour faire émerger une nouveauté. Les méthodes efficaces s'élaborent en équipe pluridisciplinaires pour sortir des logiques culturelles respectives et introduire un sens nouveau propre à produire des effets différents, (logique sociale, qualité, sécurité, formation, productivité), fruits d'une réflexion sur des valeurs communes
- ✎ S'appuyer sur ce qui a déjà été fait : L'accès aux bases de données permet de s'informer des différentes avancées, de les adapter, de capitaliser des savoirs ; la réflexion sur ses pratiques permet de progresser
- ✎ Mettre en place les conditions d'une bonne communication⁹⁵ : L'organisation de la communication entre les différents acteurs, les compétences, les expertises, les idées, les professions différentes sera la clé de voûte d'un réel échange riche, créatif et innovant
- ✎ Inscrire la pratique innovante dans une réflexion prospective : c'est la vision du futur possible qui fera émerger les idées et les réalisations. C'est la vision commune du futur souhaitable qui incitera à saisir les opportunités, à combiner les expertises pour élaborer de nouvelles solutions

III-1-2- Le partage et la maturation de l'idée

- ✎ Accueillir les idées : « *Dire c'est faire exister* » a écrit Sartre : Il faut donc organiser une écoute active des idées nouvelles, en être à l'affut au milieu des idées préconçues et des routines du quotidien.
- ✎ Organiser des systèmes de suggestions : Pour porter réellement des fruits, l'expression doit être faite dans un climat de confiance facilitateur d'écoute, d'échanges et de participation.

⁹⁴ MERLANT.P, « Histoire d'innover », Inter Editions, 1993.

⁹⁵ Voir II-2- Les conditions premières de la coopération, II-2-2- La mise en place d'une bonne communication, page 30.

III-1-3- Le passage de l'idée à l'action

- ✚ Matérialiser l'idée par un prototype : Le premier stade de la méthode nouvelle que l'on veut développer, consiste à la matérialiser, à lui donner un contour qui permette de la percevoir en pratique en la testant auprès d'un petit groupe.
- ✚ Evaluer la faisabilité et l'acceptabilité de la pratique innovante : C'est évaluer la pertinence et la fonctionnalité pour les utilisateurs et les bénéficiaires sur plusieurs plans : technique, humain, économique.
- ✚ Améliorer l'innovation : Après la constitution du groupe qui a testé le prototype, il faut savoir tenir compte des diverses remarques avant de la diffuser à l'ensemble du réseau.

III-1-4- Le lancement et la consolidation

- ✚ Après avoir testé la nouvelle méthode il s'agit de l'étendre à l'ensemble des adhérents du réseau, tout en organisant des boucles de retour sur l'avancée et les progrès, en organisant des synergies gagnantes. L'accumulation de confiance auto-entretenu par le partage d'expériences réussies, rejaillit sur l'ensemble des membres du réseau et constitue un facteur de motivation et d'implication essentiel. Il s'agit d'encourager, d'accompagner, de soutenir les membres du réseau, tout au long de leur investissement auprès des patients pris en charge par le réseau.
- ✚ Il est aussi essentiel de rester en état d'éveil et d'adaptation permanents, pour ne pas voir la méthode être abandonnée, pour bénéficier de toute nouvelle idée ou découverte scientifique ou biomédicale et pour ne pas être distancé ou décontenancé par l'évolution de l'environnement.

L'innovation est donc à la fois création et adaptation du système⁹⁶. La production d'idées, de techniques, de compétences nouvelles ne suffit pas. Il convient de les accueillir, les encourager, les accompagner dans leur développement pour les généraliser au sein du réseau ; de les formaliser, les capitaliser, constituant ainsi des bases de données de référence pour les professionnels et une traçabilité des pratiques du réseau pour les tutelles.

Nous voyons ici que la place du Cadre est prépondérante dans la réussite d'un processus d'innovation et dans le management du réseau. Il convient donc d'aller plus avant dans notre réflexion afin de définir ses rôles.

⁹⁶ « La spirale innovatrice de LEMOIGNE ». Note de bas de page n°74 page 33.

III-2- La théorie de MINTZBERG⁹⁷

Pour comprendre le rôle du Cadre, il faut commencer par définir ce qu'il fait, et nous nous attacherons ici plus particulièrement à décrire ce que sont ses tâches quotidiennes, selon ce que MINTZBERG nomme les rôles. Le rôle est selon SARBIN ET ALLEN⁹⁸ « *un ensemble organisé de comportement appartenant à un poste de travail ou à une position identifiable sur la façon dont le rôle est tenu* ».

III-2-1- Le Cadre de Santé responsable du réseau et de son organisation :

A ce titre il se trouve au centre du système dont il est un des principaux insufflateurs d'énergie et de dynamique. MINTZBERG classe les rôles du cadre en trois grandes catégories :

-  3 rôles interpersonnels : AGENT DE LIAISON/SYMBOLE/LEADER
-  3 rôles liés à l'information : OBSERVATEUR ACTIF/DIFFUSEUR/PORTE-PAROLE
-  4 rôles liés à la décision : ENTREPRENEUR/NEGOCIATEUR/REPARTITEUR DE RESSOURCES/REGULATEUR

MINTZBERG ajoute que « *Les dix rôles du cadre forment un ensemble total : Les trois rôles interpersonnels découlent de l'autorité formelle et du statut du cadre ; ils donnent naissance aux trois rôles liés à l'information, qui à leur tour permettent au cadre d'assumer les quatre rôles décisionnels* ». Autrement dit, l'organisation confère au Cadre son statut d'agent de liaison, de symbole et de leader.

La particularité du réseau comme « organisation non hiérarchique »⁹⁹ n'enlève en rien la déclinaison des 10 rôles, mais en inverse simplement l'ordre logique. Les quatre rôles liés à la décision découlent de la position fonctionnelle du Cadre qui est en contact avec les financeurs et les partenaires institutionnels, ils donnent naissance aux trois rôles liés à l'information, qui à leur tour mettent le Cadre en position d'assumer les trois rôles interpersonnels. Autrement dit, le réseau confère au Cadre son statut d'entrepreneur, négociateur, répartiteur de ressources et de régulateur.

Cette position fait nécessairement du Cadre un coordonateur entre les institutions, les professionnels et les patients d'une part, et entre tous les adhérents et les tutelles d'autre part. Il devient ainsi le centre nerveux des communications entre tous les partenaires du réseau, et sa situation stratégique de coordonateur lui confère l'accès à de multiples informations, qu'il analyse pour défendre ou négocier des idées de projet et diffuse à l'ensemble des intervenants pour améliorer les conditions de la coopération.

⁹⁷ H. MINTZBERG, H., « Le manager au quotidien », Ed. Organisation, 1984, page 21 à 40.

⁹⁸ SARBIN, T. R. et ALLEN, V. L., « Role theory », The Handbook of Social Psychology, 2^{ème} édition, p 488-587.

⁹⁹ JOSSERAND, E., GRIMA, F., « Organisation en réseau et apprentissage : une analyse interindividuelle de la dynamique relationnelle », Actes du Congrès ASAC-IFSAM, Montréal, 2000, 11 p. Note de bas de page n°69 page 32.

Notons que cette activité demande de multiples compétences et représente un travail important, ce qui explique que la coordination des réseaux est assurée par une cellule de coordination composée de différents membres. Le Cadre travaille donc en étroite collaboration avec d'autres personnes qui ne sont pas forcément issues du secteur de la santé, ce qui lui impose de posséder quelques aptitudes particulières... (III-3-).

Après avoir décrit les rôles du Cadre, (ANNEXE 12, p 23 : LES 10 ROLES DU CADRE SELON MINTZBERG TRANPOSES AU COORDINATEUR DE RESEAU), MINTZBERG se penche sur les objectifs fondamentaux de la fonction cadre que nous transposons aussi aux réseaux.

III-2-2- Les objectifs du Cadre de Santé : S'assurer que le réseau atteint ses buts fondamentaux : la production efficace et efficiente de biens ou de services, la prise en charge globale du patient dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité.

-  Le Cadre de Santé comme entrepreneur devra prendre en charge la formalisation de projets d'amélioration ou d'élargissement du champ des activités du réseau en étant à l'écoute des idées nouvelles et à l'affût des opportunités afin d'accompagner l'évolution du réseau et de ses outils.
-  Le Cadre de Santé doit donc organiser les activités du réseau, en assurer la stabilité et l'intégration, tant sur le plan de la production de soins que des relations professionnelles, (programmation, planification de la vie du réseau).
-  Le Cadre de Santé devra coopérer à l'élaboration de la stratégie et négocier avec les partenaires afin de disposer de ressources suffisantes et de participer à la gestion de la flexibilité du réseau.
-  Le Cadre de Santé doit servir de lien entre les différents adhérents du réseau ainsi qu'entre ceux-ci et l'environnement : c'est un élément clef dans la transmission d'informations entre les deux.
-  Comme coordinateur formel le Cadre de Santé est responsable du fonctionnement du système. Autrement dit il est le représentant symbolique du réseau et des adhérents.
-  Le Cadre de Santé par son activité d'animation et de dynamisation des relations au sein du réseau, favorise le partage, la socialisation, l'articulation, la combinaison et la codification des connaissances. Il manage toutes les activités nécessaires à l'élaboration de solutions innovantes pour les prises en charges.
-  Le Cadre de Santé est responsable de la qualité et de la sécurité des soins prodigués aux patients, il participe à l'évaluation et rend des comptes aux tutelles qui financent le réseau.
-  Le Cadre de Santé a un rôle de communication et de formation auprès des professionnels adhérents au réseau afin de généraliser et d'uniformiser les bonnes pratiques soignantes, qu'il a formalisées et capitalisées, au sein du réseau. C'est ce dernier objectif qui fondera notre question de recherche.

III-3- A management nouveau, manager nouveau

Le travail en réseau demande des aptitudes particulières que ne développent pas toujours les formes plus classiques d'organisation du travail et de sélection de l'encadrement, ni un système d'éducation centré sur la performance individuelle. Les bons participants et les bons animateurs de réseaux ne ressemblent pas aux individus ou aux managers « territoriaux ».

Un « territorial » est un individu qui se définit en fonction d'un territoire qu'il contrôle exclusivement, tel qu'en découpent les organigrammes arborescents où chaque nœud de l'arbre contrôle tout ce qui lui est rattaché, où chacun est responsable de la tâche ou de son domaine. Un « territorial » s'intéressera peu à ce qui se passe hors de son fief et ne supportera pas que d'autres fassent des suggestions sur ce qui relève de sa responsabilité. Souvent adepte du management par objectifs, il perdra facilement de vue l'intérêt général de l'entreprise si celui-ci contrarie le critère sur lequel il se sent jugé.

Le « réticulaire » se définit plutôt par les projets auxquels il participe, par les domaines qu'il peut influencer que par le territoire qu'il contrôle, conscient que la réussite d'un projet dépend de la qualité de la coordination des intervenants autant que de l'optimisation de leurs compétences individuelles, il est attentif et à l'écoute de ce qui se passe pour chacun d'eux et accepte que ceux-ci puissent s'immiscer dans son travail.

La réussite d'un projet impose d'apporter de bonnes solutions aux problèmes rencontrés, mais pas forcément d'inventer celles-ci. Le « réticulaire » ira chercher des solutions là où il imaginera pouvoir les trouver, mobilisant toutes les ressources possibles, rompant avec une culture qui valorise, spécialement en France, le bon élève qui trouve seul « la » solution, par rapport au cancre dont le talent sera de repérer sur qui copier et de copier subtilement ou de faire faire son travail à celui qui y excelle.

L'optimisation de la coopération tient sans doute à ses aptitudes à en créer les conditions premières, à favoriser l'échange et le partage et à manager l'information. Les prises en charges globales innovantes voient le jour suite à l'investissement le plus souvent bénévole, de personnes volontaires et déterminées à travailler collégialement à l'élaboration de solutions les plus adaptées aux patients.

La solidité des réseaux repose donc non seulement sur les caractéristiques et les relations entre les institutions concernées, mais aussi sur les caractéristiques des individus qui les composent, que leur histoire personnelle a plus ou moins entraînés à travailler en leur sein et à privilégier la réussite d'un projet collectif sur leur satisfaction ou leur reconnaissance immédiate. Les réseaux peuvent constituer une menace pour certains acteurs, mais on peut imaginer que la « réticularité » devienne une composante de l'identité de certains individus.

TROISIEME PARTIE

LA RECHERCHE

« Chaque science, chaque étude, a son jargon inintelligible, qui semble n'être inventé que pour en défendre les approches ».

Voltaire

I- LA PROBLEMATIQUE

A ce stade d'élaboration de ce mémoire de recherche, il apparaît que le réseau est certainement moins le lieu collectif d'éclosion de nouvelles pratiques que celui où les bonnes pratiques se diffusent, sous l'impulsion de membres ayant un leadership en la matière que ce soient le service hospitalier de CHU ou de CLCC, ou des professionnels dynamiques résolus et volontaires, aux personnalités « réticulaires », qui luttent contre l'isolement ou s'investissent pour la généralisation d'une meilleure prise en charge. La notion de diffusion est centrale pour la compréhension de l'adoption de nouvelles et bonnes pratiques (on ne naît pas avec, on en hérite à moins d'en être directement les instigateurs). Que se soit en transposant les recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES ou en imaginant collectivement de nouvelles, adaptées au profil des patients pris en charge, le réseau constitue de par sa structure et son mode de fonctionnement :

- ✚ Un moyen de normalisation des pratiques de soins induit par l'indispensable compatibilité de pratiques et de méthodes dans le réseau, dont les acteurs doivent apprendre à se connaître, à apprécier leurs qualités mutuelles, à élaborer une vision, des objectifs et un langage communs (dimension sociale du réseau), pour pouvoir coopérer et se coordonner au mieux afin de produire une prise en charge de qualité.
- ✚ Un moyen de structuration de l'offre de soins, « *dont la fonction est de mettre en rapport des fournisseurs et des consommateurs de certains biens et services*¹⁰⁰ », (dimension physique du réseau), visant la rationalisation des moyens.
- ✚ Une infrastructure de distribution (diffusion) de soins de qualité visant à réduire l'inégalité d'accès et de qualité des soins au delà des murs de l'hôpital (dimension fonctionnelle du réseau) afin de servir la démocratie sanitaire.

Notre question de départ était la suivante : « L'organisation en réseau peut-elle favoriser la diffusion des bonnes pratiques soignantes ? »

En approfondissant le sujet et en explorant les divers concepts, différents angles d'interprétation nous sont apparus :

- ✚ L'angle économique : face à l'évolution de la réglementation et à la nécessité de contenir l'évolution des dépenses de santé, l'organisation de l'offre de soins en réseaux est-elle pertinente ? Cet angle a été rapidement écarté car il impliquait une enquête de terrain difficile à mettre en œuvre à notre niveau, consistant en la comparaison de la qualité et du coût de prise en charge de patients inclus dans des réseaux et hors réseaux.

¹⁰⁰ CURIEN (1992) Cité par PELISSIER.F, « Le réseau en santé et l'assurance maladie », tiré d'une thèse soutenue en octobre 2003 en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, 292 p. Note de bas de page n°33 en page 21.

- ✎ L'angle organisationnel : Innovation organisationnelle et organisation porteuse d'innovations de prise en charge par l'inhérente pluridisciplinarité et interdisciplinarité de son fonctionnement, le réseau structure la coopération des professionnels et génère des effets qui nous ont conduits à définir l'angle suivant.
- ✎ L'angle managérial : En étant le lieu d'une nécessaire communication entre divers professionnels de santé, le réseau génère une transmission de savoirs professionnels de qualité destinés à améliorer, compléter et élargir le champ de la prise en charge des patients.

C'est cet angle que nous avons choisi car il correspond au domaine d'activité que recouvre notre future fonction.

II- LES HYPOTHESES

Nous avons remarqué à travers l'étude des concepts de réseau, de coopération d'innovation et d'apprentissage organisationnel, que les membres du réseau établissaient de nouvelles relations qui favorisaient l'émergence de connaissances nouvelles, constituant des bonnes pratiques soignantes. Nous avons vu au travers de l'analyse du rôle du Cadre de Santé coordinateur, que ces bonnes pratiques étaient diffusées à l'ensemble du réseau par la communication et la formation.

II-1- L'hypothèse générale

« Souvent, l'hypothèse n'est qu'une réponse partielle au problème posé »¹⁰¹, mais nous pouvons supposer dans le cadre de notre étude, que l'hypothèse théorique sera une réponse affirmative à notre question de départ. Nous retenons donc l'hypothèse générale suivante : « Le réseau favorise la diffusion des bonnes pratiques soignantes ».

II-2- L'hypothèse opérationnelle

Nous avons expliqué que l'organisation d'une structure en réseau n'était viable que lorsqu'il existait une convention de coopération entre ses membres. La coopération implique de nouvelles relations de travail entre les membres du réseau qui négocient pour trouver un consensus quant aux procédures et protocoles qu'ils vont mettre en œuvre pour apporter aux patients les meilleurs soins, ou la meilleure prise en charge possible. Nous avons mis en lumière le rôle primordial du Cadre de Santé quant à l'émergence et à la diffusion des bonnes pratiques. Nous pouvons maintenant définir une hypothèse opérationnelle dans les termes suivants : « Le management du réseau du Cadre de Santé favorise la diffusion des bonnes pratiques soignantes ».

¹⁰¹ QIVY, R., VAN CAMPENHOUDT.L, « Manuel de recherches en sciences sociales », 1995, Paris, Dunod, p 138.

II-3- Définition des variables :

Elles nous permettront de vérifier la validité de l'hypothèse opérationnelle.

- ✚ La variable indépendante représente l'élément que l'on veut faire agir sur le phénomène. Nous la manipulerons afin d'analyser son effet sur les indicateurs de la variable dépendante. Dans notre cas, elle est représentée par le management du réseau du Cadre de Santé.
- ✚ La variable dépendante constitue le phénomène étudié. Elle varie selon les modalités de la variable indépendante. Nous avons prévu ses modifications en établissant une relation causale entre la variable indépendante et la variable dépendante en fonction des indicateurs. Dans notre cas, elle est représentée par la diffusion des bonnes pratiques.

II-4- Les indicateurs : Ce sont des éléments concrets, parfois mesurables contenus dans la variable qui permettent le recueil de l'information.

Nous avons choisi des indicateurs de la variable indépendante en rapport avec notre objet de recherche et concernant les dimensions du management qui favoriseraient la diffusion des bonnes pratiques soignantes au regard de notre précédent développement, soit : la communication et la formation. Au travers des entretiens avec les coordinateurs, nous essaierons d'en identifier les modalités et leurs effets. L'analyse des entretiens permettra de délimiter la vision qui leur est propre du rôle de la communication et de la formation dans la diffusion des bonnes pratiques soignantes.

Dans les indicateurs de la variable dépendante nous isolons :

- ✚ Le vecteur de l'information des protocoles de soins : Réunions, Formations, Courrier, Téléphone, Communication informelle, Documents.
- ✚ La participation régulière à des réunions d'uniformisation des pratiques.
- ✚ L'accès à des documents de référence.
- ✚ Une formation régulière aux bonnes pratiques soignantes.
- ✚ L'adaptation des protocoles à des circonstances particulières.
- ✚ La prise en compte des remarques des infirmiers dans les réunions de consensus.
- ✚ L'évaluation régulière des pratiques professionnelles.
- ✚ La présence d'un écart entre le travail prescrit et celui réalisé.
- ✚ La formation aux bonnes pratiques soignantes lors de l'adhésion au réseau.
- ✚ Un changement dans les pratiques habituelles lors de l'adhésion au réseau.
- ✚ Une transmission des savoirs au delà du réseau.

III- METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Le cadre de recherche repose sur trois principaux points : les populations, les lieux et les outils d'enquête.

III-1- Les populations enquêtées

Nous avons enquêté auprès de coordinateurs de réseau et de professionnel(le)s adhérent(e)s de réseaux. Il convient de souligner que les coordinateurs interrogés ne sont pas tous des Cadres de Santé mais sont soit des médecins soit des personnes titulaires d'un diplôme universitaire de coordinateur de réseau (MASTER, Bac +5). Quant aux professionnels, le réseau par définition regroupant diverses professions, ils peuvent être infirmiers comme diététiciens, psychologues, médecins, podologues, orthophonistes...

III-2- Les lieux d'enquête

Nous avons sélectionné cinq réseaux aux thématiques différentes. (ANNEXE 13, p 29 : LES COORDONNEES DES LIEUX D'ENQUETE). La variété des réseaux retenus tient essentiellement à deux raisons ; la première est qu'il eût été difficile de trouver cinq réseaux de même thématique dans la même région, la seconde est la volonté de juger de l'existence de déterminants et de facteurs managériaux réductibles au fonctionnement des réseaux suffisamment forts et généraux pour qu'ils puissent concerner tout type de réseaux, quelles que soient les pathologies ou les populations auxquelles ils s'adressent et quelle que soit la nature des professionnels qui les animent (aspect normatif de notre recherche).

III-2.1- Le réseau ILHUP : Thématique du projet : Soins infirmiers. Son objectif est d'étendre et renforcer le dispositif d'amélioration de la prise en charge en soins infirmiers à domicile visant à accélérer les retours des patients à leur domicile après hospitalisation, sur la région PACA.

III-2.2- Le réseau PACASEP : Thématique du projet : Sclérose en plaques (SEP). Son objectif est de créer un réseau de prise en charge des patients atteints de SEP sur la région PACA.

III-2.3- Le réseau MARSEILLE DIABETE : Thématique du projet : Diabète. Son objectif est d'améliorer la prise en charge des diabétiques de type 2 sur la région marseillaise.

III-2.1- Le réseau SLA PACA OUEST : Thématique du projet : Sclérose latérale amyotrophique (SLA). Son objectif est d'améliorer la prise en charge en ville des patients atteints de SLA sur la région PACA OUEST.

III-2.1- Le réseau RSP 13 : Thématique du projet : Soins palliatifs. Son objectif est de faciliter l'accès aux soins palliatifs pour toute personne dont l'état de santé le nécessite dans les Bouches-du-Rhône.

III-3- Les outils d'enquête

III-3.1- L'entretien auprès des coordinateurs

Pour tester notre hypothèse opérationnelle auprès des coordinateurs, nous avons choisi l'entretien semi-directif.

III-3.1.1- Argumentation du choix de l'outil

Dans la mesure où nous souhaitons recueillir un sentiment, une opinion, un ressenti et un vécu par rapport au management du réseau, le choix de l'entretien semi directif nous paraît être le plus adéquat. L'entretien vise l'exploitation la plus totale du thème et s'inscrit dans un contexte de relation. Contrairement au questionnaire, il se caractérise par un contact direct et permet de retirer des informations et des éléments de réflexion riches et nuancés.

L'utilisation de cet outil va permettre aux coordinateurs interviewés d'exprimer leur vision de la communication et de la formation au sein du réseau et leur rôle dans la diffusion des bonnes pratiques. Du fait de la faible directivité de ce dispositif d'enquête, ils auront le loisir d'exprimer des problématiques liées à leur réseau et même de laisser transparaître la philosophie et le type de management qu'ils pratiquent.

III-3.1.2- Préparation et mise en œuvre

-  L'élaboration d'un guide d'entretien (ANNEXE 14, p 30 : CONSTRUCTION DU GUIDE D'ENTRETIEN), en fonction de notre hypothèse et de nos variables a été un préalable indispensable. Il comporte les thèmes que nous voulions aborder ainsi que les objectifs qui sous tendent les questions. Chaque question a donc été formulée en regard d'un objectif.
-  Déroulement des entretiens : Des contacts ont au préalable été pris avec les coordinateurs afin de présenter succinctement le cadre de notre recherche et d'obtenir leur assentiment. Des rendez-vous ont ensuite été pris pour la réalisation des entretiens. Les entretiens ont donc été, après accord des intéressé(e)s conduits sur le mode semi-directif et enregistrés. Ils ont eu lieu dans le bureau de la cellule de coordination de chaque réseau, en évitant les interruptions. La durée moyenne des entretiens a été d'environ une heure.

III-3.2- Le questionnaire auprès des professionnels

Pour tester notre hypothèse opérationnelle auprès des professionnels de terrain, nous avons choisi le questionnaire.

III-3.2.1- Argumentation du choix de l'outil

Nous avons choisi le questionnaire d'administration directe, c'est à dire que les répondants ont rempli eux-mêmes le questionnaire, par opposition à l'administration indirecte, où le chercheur coche lui-même les cases en fonction des réponses qu'il recueille. Cet outil présente les avantages de permettre de recueillir des informations sur un grand nombre d'individus, de sembler moins contraignant, et d'offrir la possibilité de recourir à différents types de question (fermée, fermée à choix multiple, ouverte), dont les réponses sont formulées à l'avance par le chercheur. Nous avons opté pour des questions fermées (OUI/NON), dans le souci de faciliter le dépouillement.

III-3.2.2- Préparation et mise en œuvre

-  La grille d'élaboration de ce questionnaire (ANNEXE 15, p 31 : CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE), comporte les thèmes nous voulions aborder ainsi que les objectifs qui sous tendent les questions. Chaque question a donc été formulée en regard d'un objectif.
-  Le questionnaire n'a pas été préalablement testé auprès d'un échantillon de la population concernée pour le valider, par manque de temps d'une part, et par la difficulté à trouver des réseaux qui acceptaient de diffuser notre questionnaire. En effet, certains finissaient à peine leur évaluation externe et avaient été submergés de divers questionnaires relatifs à celle-ci. D'autre part, notre questionnaire ne comportant que des questions fermées, il était nous a semblé peu probable à priori que les personnes n'en comprennent pas le sens.
-  Chaque enquêté a été informé des objectifs, du déroulement et des résultats de la recherche. Cette connaissance du projet devant amener à une meilleure collaboration qui devait améliorer la qualité du recueil.
-  Les questionnaires ont été transmis par la cellule de coordination de façon massive par mail, et nous en avons stoppé le recueil lorsque nous en avons obtenu 10 par réseaux. (ANNEXE 16, p 32 : LE QUESTIONNAIRE DIFFUSE)
-  Les questionnaires ont été récupérés par mail, l'anonymat n'a pas été préservé, mais nous n'avons pas, par notre présence, influencé les réponses.

IV- PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

IV-1- Les entretiens

IV-1-1- Exploitation des entretiens : L'exploitation des entretiens a été réalisée après une retranscription littérale des propos des coordinateurs (ANNEXE 17, p 33 : RETRANSCRIPTION LITTERALE DES ENTRETIENS AVEC LES COORDINATEURS), puis en classant les éléments significatifs de réponse dans un tableau récapitulatif (ANNEXE 18, p 57 : TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS). Nous avons ensuite rédigé une analyse thématique question par question, en identifiant ce qui est similaire et ce qui est différent pour chaque réseau.

V-1-2- Analyse

 **Question 1 :** Comment organisez-vous la communication au sein du réseau notamment en ce qui concerne les bonnes pratiques soignantes ?

Tous les réseaux enquêtés ont accès aux moyens de communication modernes que ce soit le téléphone, le fax et le courrier pour les plus traditionnels ou les mails et un site internet pour les plus récents. La communication est donc plurielle et diverse et utilise tous les canaux à disposition.

Nous pouvons différencier cependant la communication externe, qui usera plus facilement du site internet et des courriers, de la communication interne privilégiant les mails, le téléphone et le fax.

En outre, tous les réseaux ont mis en place un dossier de soins partagé, sur internet pour MARSEILLE DIABETE avec accès sécurisé, ou sur support papier pour les autres. Ce dossier est un vecteur de communication essentiel entre tous les intervenants des patients, notamment pour SLA PACA OUEST et RSP 13 où il est conservé au domicile du patient et où chacun des intervenants inscrit ses observations et ses éventuelles questions à un autre intervenant qui y répond lors de son passage suivant.

Concernant la communication à propos des bonnes pratiques soignantes, nous relevons dans tous les réseaux enquêtés l'importance majeure de la communication orale informelle corroborant notre analyse préliminaire qui avait mis à jour au travers des concepts de coopération et d'apprentissage, la notion d'échange et de partage dans un climat de confiance. Le téléphone est le moyen le plus rapide en cas de problème.

 Question 2 : Comment sont organisées les réunions d'uniformisation des pratiques soignantes (ou les réunions de régulation patient) ? Que s'y passe-t-il ?

Les réseaux prenant en charge les patients de façon globale, tiennent régulièrement des réunions d'uniformisation des pratiques soignantes, que ce soit des « réunions de coordination » pour RESP 13 ou des « réunions de synthèse » pour SLA PACA OUEST. Ces réunions permettent d'harmoniser les objectifs de tous les intervenants autour d'un patient et d'user de la négociation pour éventuellement réorienter les thérapeutiques engagées. Notons l'importance du consensus obtenu après avoir permis à tous les intervenants de s'exprimer.

Nous pouvons expliquer ceci par le fait que ces deux réseaux prennent en charge des pathologies très lourdes, que ce soit la SLA¹⁰² dont le pronostic vital n'est que de quelques années ou les soins palliatifs qui accompagnent les patients toutes pathologies confondues vers la mort. Les intervenants ont besoin d'un espace de parole pour exprimer leurs ressentis par rapport à l'évolution inéluctable du patient qui peut entraîner chez eux des perturbations psychologiques du fait de leur investissement ou surinvestissement consécutif à leur pratique quotidienne tant auprès du patient que de sa famille. La fréquence des concertations n'est pas prédéfinie mais s'effectue au gré des besoins de chacun. Ce type de réseau est un soutien pour les professionnels dans leur pratique quotidienne.

Les autres réseaux, dont les objectifs sont plus restreints, que ce soit de favoriser le retour anticipé du patient à domicile avec un suivi de l'évolution de ses plaies et sa cicatrisation (ILHUP), ou de favoriser la prévention et le suivi des diabétiques de type II (MARSEILLE DIABETE), n'organisent pas ce type de réunion centré sur un seul patient. En revanche, comme nous le verrons pour la question 4, ils saisissent régulièrement l'opportunité d'étudier de façon collégiale le cas d'un patient pour en faire le thème d'une formation.

Quant à PACASEP, qui prend en charge des patient porteur de la SEP¹⁰³, une maladie très lourde aussi, mais évoluant sur de nombreuses années, semble n'être pas encore assez développé pour avoir mis en place selon son souhait de telles réunions.

¹⁰² SLA : Sclérose latérale amyotrophique : atteintes neuro-musculaires, respiratoires et nutritionnelles conduisant à un état végétatif tout en gardant sa totale conscience.

¹⁰³ SEP : Sclérose en plaque : atteintes neuro- musculaires évoluant par poussées et conduisant en de nombreuses années à la paralysie.

 Question 3 : Existe-t-il des documents de référence concernant les bonnes pratiques soignantes qui seraient à disposition de tous les adhérents ?

Tous les réseaux ne mettent pas à disposition des adhérents les documents édités par l'ANAES concernant les bonnes pratiques soignantes, partant du principe que tout un chacun peu s'il le souhaite se les procurer par d'autres biais. Il n'y a que SLA PACA OUEST qui transmet lors de l'adhésion, un document de référence de base sur la prise en charge des patients porteur de la SLA, élaboré suite à une réunion de consensus nationale annuelle sous la présidence de l'ANAES, mandatée par l'HAS, et ce, du fait de la rareté et du caractère fort méconnu de cette pathologie.

En revanche, tous les réseaux enquêtés ont élaboré au gré de leur pratique, de leur évolution, des documents de références constituant une capitalisation des savoirs. Que ce soit sous forme de protocoles destinés à encadrer la pratique des professionnels (ILHUP, MARSEILLE DIABETE, SLA PACA OUEST, RSP 13), ou sous forme de référentiels interactifs constituant un guide de suivi des patients (PACASEP, MARSEILLE DIABETE). Les protocoles mis à disposition ne concernent pas forcément des soins spécifiques aux pathologies des patients pris en charge, par exemple, ceux concernant les soins consécutifs à une gastrostomie ou une ventilation non invasive diffusés par SLA PACA OUEST, ne sont pas spécifiques à des patients porteurs de SLA mais pourrait être tout aussi bien utilisés pour des patients nécessitant les mêmes soins. RSP 13 n'a pas encore terminé l'élaboration de tous ses documents. La diffusion de ces protocoles constitue une part de la diffusion des bonnes pratiques soignantes.

Quant aux référentiels interactifs, ils sont élaborés en fonction de critères inhérents à la pathologie prise en charge et constituent un guide spécifique de suivi de l'évolution du patient. Que ce soit un guide de lecture et d'interprétation du scanner cérébral reprenant les critères de Barkoff (PACASEP), ou un guide de suivi des examens biologiques réguliers à effectuer pour un patient diabétique (MARSEILLE DIABETE), ces guides, s'ils sont suivis constituent des éléments de diffusion des bonnes pratiques soignantes.

 Question 4 : Comment se déroule la formation au sein du réseau ?

Tous les réseaux enquêtés accordent une part de leur budget à la formation.

Seuls les réseaux ILHUP et MARSEILLE DIABETE organisent une formation initiale par profession à l'adhésion au réseau, afin de réaliser une mise à niveau commune, constituant ou non un simple rappel des formations professionnelles initiales.

Tous les réseaux organisent des sessions de formation continue, pluridisciplinaires, qui se déroulent la plupart du temps en soirée sous forme d'intervention d'un ou de plusieurs professionnels sur un thème, suivie de débats favorisant l'échange et l'enrichissement des pratiques professionnelles. Les thèmes abordés sont choisis par les adhérents pour ILHUP, PACASEP et MARSEILLE DIABETE, en fonction de leurs besoins, sachant qu'ILHUP et MARSEILLE DIABETE ont entériné une grande part des connaissances requises par leur formation initiale. En revanche, SLA PACA OUEST dispose d'un plan de formation précis qui se déroule sur trois ans, à raison de deux 1/2 journées ou deux soirées par an, et qui balaye l'ensemble des connaissances spécifiques requises pour la prise en charge globale d'un patient porteur de SLA. Enfin, RSP 13, qui suit un planning de formation à raison d'une journée par mois, présente des thèmes choisis cette fois-ci par les intervenants, qui sont des professionnels des soins palliatifs. Toutes les formations sont financées par les réseaux mais seuls SLA PACA OUEST et RSP 13 rémunèrent les professionnels qui y assistent et la plupart du temps ceux-ci refusent cette rétribution symbolique...

Là encore, nous pouvons remarquer que les réseaux qui prennent en charge des patients de façon globale et dans un contexte lourd à gérer psychologiquement, accordent une part plus élevée que les autres réseaux à la formation.

SLA PACA OUEST organise pour les soignants le désirant à l'entrée dans le réseau ou dans l'équipe de soins « l'éducation par les pairs », qui consiste en une visite de son patient hospitalisé, au cours de laquelle les savoirs seront réactivés ou transmis par le collègue hospitalier. ILHUP a mis en place le système « d'infirmier référent » qui a la même fonction.

La formation constitue un espace de rencontre et de partage, se rajoutant à celui des réunions de consensus, qui représente un soutien aux professionnels. D'ailleurs, ceux-ci refusent généralement la rétribution qui pourrait leur être accordée, témoignant ainsi de l'altruisme, explicité par CHILES et MACMACKIN (1996)¹⁰⁴, dont ils font preuve chaque jour, et qui rend compte de la prégnance des interactions sociales entre les membres dans l'élaboration d'une vision commune participant de la vertu du cercle du réseau, (voir page 36 : Le cercle vertueux du réseau).

 **Question 5 :** Selon quels objectifs organisez-vous la formation des membres du réseau ?

Pour tous les réseaux, les objectifs minima sont d'actualiser et de disposer d'un socle commun de connaissances, qui constituera la base des pratiques professionnelles et d'échanges à propos de celles-ci.

¹⁰⁴ Cité par ZAHARIA.C, « Les fondements de la coopération : une analyse quantitative », Groupe de recherche sur le risque, l'information, la décision, 2003, 53p. Note de bas de page n°66 page 36.

MARSEILLE DIABETE exprime une dimension d'harmonisation des pratiques qui peut s'apparenter à la base commune précitée mais qui semble être néanmoins orientée plus ouvertement vers le respect des recommandations des bonnes pratiques éditées par l'ANAES. Ce réseau aurait donc une dimension d'éducation aussi bien auprès de ses patients que de ses professionnels adhérents.

Il organise des sessions d'éducation des patients quant à l'auto mesure de leur glycémie et l'injection de l'insuline. Notons aussi que c'est le seul à rémunérer les médecins qui retournent des dossiers de suivi de patients totalement et correctement remplis. Cette pratique s'explique par le fait qu'il est reconnu par tous que ceci représente une charge de travail supplémentaire non négligeable pour le praticien. Le réseau serait donc vecteur de diffusion des bonnes pratiques mais par un autre biais que celui de l'altruisme et de la vertu, celui de l'intéressement financier ? Néanmoins, cette rétribution étant pratiquement dérisoire au regard de honoraires habituels de médecins, nous pouvons continuer à penser que ceux-ci aussi sont mus par ces valeurs premières.

RSP 13 est plus orienté vers la sensibilisation de la pratique des soins palliatifs qui restent un domaine qui fait peur à beaucoup de soignants, dans l'espoir que les pratiques évoluent.

SLA PACA OUEST a établi son plan de formation en embrassant la totalité des thèmes incontournables lors de la prise en charge globale d'un patient porteur d'une SLA, en vue de faire connaître la maladie, son évolution et les spécificités de sa prise en charge.

 Question 6 : Comment vérifiez-vous l'application des bonnes pratiques soignantes exposées lors des différentes formations ?

Aucun des réseaux enquêtés n'évalue les connaissances acquises au cours des différentes formations, mais SLA a établi des questionnaires de satisfaction à la fin de chaque session qui ont servi à l'évaluation externe. Aucun n'évalue le respect des procédures ou protocoles, partant du principe que les soignants sont mus par une conscience professionnelle qui rend les contrôles inopportuns, valorisant ainsi la relation de confiance.

En revanche, tous sont soumis à l'évaluation externe de leur réseau qui rend compte du suivi des bonnes pratiques élaborées par le réseau et qui les comparent de façon plus ou moins aisée aux pratiques hors réseaux. L'évaluation réside principalement sur la satisfaction des patients, des professionnels et sur la composante médico-économique. Là encore, rien n'est moins aisé, notamment pour RSP 13 qui peut difficilement ou sur des courtes durées comparer la prise en charge d'un patient dans le réseau et hors réseau du fait de sa spécificité dans les soins palliatifs.

Notons tous les biais que cette évaluation peut comporter et qui ont été étudiés de près par l'ANAES qui a édité un guide d'évaluation des réseaux de soins¹⁰⁵, comme la difficulté de trouver des patients aux profils identiques, présentant les mêmes complications ou la même évolution dans le temps....

Cette difficulté a été principalement exprimée par PACASEP et est réelle puisqu'elle a été notamment étudiée par d'éminents docteurs en économie de la santé¹⁰⁶. Mais d'une manière générale, tous les réseaux essaient de constituer des statistiques de suivi des procédures de leur réseau afin de justifier d'une activité de qualité, mais tous les réseaux évoquent la difficulté de l'évaluation notamment par le retour difficile des documents du réseau au réseau.

Enfin, tous les réseaux sont à l'écoute du retour des patients qui peuvent signaler une anomalie ou un manque de professionnalisme comme cela peut malheureusement parfois arriver. Là, la conduite est caractérisée par une explication avec le professionnel, à qui est éventuellement, selon le cas, proposé une nouvelle formation (ILHUP), ou qui est tout bonnement rayé des listes du réseau car ne correspond pas ou plus aux principes de bases élaborés en commun, et ne peut plus faire l'objet de la confiance nécessaire au fonctionnement du réseau (SLA PACA OUEST, RSP 13). Il est à noter que ce genre d'agissement est rarissime. Le réseau constitue donc « une sorte de label de qualité, perçu de façon d'autant plus légitime, qu'il est accordé par des pairs lors de l'acceptation de l'intégration d'un nouvel acteur. En somme une sorte d'accréditation discrète dans la mesure où le régulateur a lui-même accrédité le réseau avant de le laisser accréditer ses membres ». ¹⁰⁷

Question 7 : Comment sont sélectionnés les nouveaux adhérents ?

Le mode d'adhésion le plus courant est l'adhésion volontaire, que ce soit des soignants principalement (ILHUP), ou des patients (MARSEILLE DIABETE), ou de façon concomitante des patients ou de leur famille et des soignants (PACASEP, SLA PACA OUEST, RSP 13). La volonté d'adhésion signe la propension à se dévouer à une certaine contrainte dans le but d'améliorer la prise en charge des patients. Cette volonté est d'ailleurs retenue dans la définition du réseau de l'ANAES : « « composé d'acteurs » d'univers différents, [...], dont « la coopération [...] est volontaire ».

La sélection des nouveaux adhérents passe donc le plus souvent par le patient qui donne au réseau la liste de ses intervenants, lequel « démarche », (PACASEP), « recrute » (MARSEILLE DIABETE) ou « rencontre », (SLA PACA OUEST, RSP 13).

¹⁰⁵ ANAES, « Les réseaux de santé, guide d'évaluation », 2004, 36 p.

¹⁰⁶ BOURGUEIL.Y, BREMOND.M, DEVELAY.A, GRIGNON.M, MIDY.F, NAIDITCH.M, POLTON.D, « L'évaluation des réseaux de soins, enjeux et recommandations », CREDES, Groupe IMAGE ENSP, biblio n°1343, mai 2001, 73 p.

¹⁰⁷ NAIDITCH.M, BOURGUEIL.Y, GRIGNON.M, « Apports potentiels de réseaux dans l'évolution des systèmes de soins », Perspectives soignantes, n°9, décembre 2000.

Nous voyons au travers de ses divers termes employés que le mode d'entrée et par voie de conséquence, la philosophie et le mode de management des réseaux sont totalement différents.

PACASEP est plutôt offensif, il a réalisé des mailings systématiques auprès de tous les professionnels de la région, s'est rendu compte de l'inefficacité et du coût exorbitant, et s'est retranché dans une sorte de désillusion pessimiste qui transparait dans des termes comme : *« Parce que par expérience, l'utilisation du site internet, les référentiels ne sont pas utilisés, il n'y en a que très peu qui l'ont été en tout cas, et si on doit les envoyer systématiquement à tout le monde par courrier, ça va coûter une fortune ça va partir à la poubelle, on le sait très bien ils ne seront pas appliqués. Actuellement on a 39 neurologues inscrits, il y a 150 neurologues sur PACA, et sur les 39, il y en a 5 ou 10 qui sont vraiment actifs, les autres se sont inscrits pour s'inscrire quoi. C'est les problèmes de tous les groupes, il y a des leaders et il y a ceux qui essaient de suivre vaguement... la bonne ou mauvaise foi des uns et des autres... Au départ, on était assez restrictif, il fallait que l'adhésion du patient passe par le soignant, on s'est aperçu vu l'intérêt et l'enthousiasme débordant que suscitait le réseau dans la région, que si on faisait comme ça on n'aurait jamais beaucoup de patients, donc on a créé l'adhésion spontanée, ce qui est quand même plus logique puisque le réseau est quand même centré sur le patient et pas sur le soignant. »*

MARSEILLE DIABETE est commercial et organise des journées de dépistage gratuit, ou de formation gratuite comme le ferait une grande entreprise qui participerait à des foires pour se faire connaître.

SLA PACA OUEST et RSP 13, sont centrés sur la relation humaine et proposent leur soutien aux professionnels lors de leur entrée dans l'équipe de soin.

Néanmoins, cette volonté s'accompagne d'un engagement concrétisé dans tous les réseaux par la signature de la Charte (pour les patients et les professionnels) et de la convention constitutive (pour les professionnels et les institutions).

Cet engagement comprend notamment de participer aux séances de formation au moins une fois par an, et d'utiliser les référentiels du réseau, ce qui est une sorte de garantie pour le réseau de diffuser des bonnes pratiques par ces biais là. Cependant, tous les adhérents ne respectent pas forcément ces engagements et il ya deux sortes de politique que nous avons pu identifier.

La première est la tolérance, préférant favoriser le nombre d'adhérents (ILHUP, MARSEILLE DIABETE), qui est un des éléments de l'évaluation externe condition de l'attribution d'un financement, ou valoriser l'investissement auprès des patients (SLA PACA OUEST, RSP 13).

La deuxième est le renoncement de faire du forcing auprès des soignants qui ne viennent pas aux formations ou qui n'utilisent pas les référentiels, et qui sont alors progressivement éloignés de l'activité du réseau (PACASEP). D'ailleurs les termes employés connotent fortement un type de management du réseau puisque PACASEP dit, témoignant d'une certaine directivité, nous citons : *« l'adhérent qui ne veut pas suivre le référentiel il s'enlève du réseau et point barre, il fait ce qu'il veut ! »*, alors que SLA PACA OUEST dit, nous citons : *« Ce qu'on souhaitait c'est de ne pas être un boulet pour les soignants, nous on va plutôt être à leur disposition, nous on est là vraiment pour eux et c'est pas eux qui sont là pour nous, tout cela pour le patient,..., on fait avec ce qu'on a et bien content d'avoir ce qu'on a, on n'a pas d'autres moyens, on ne peut pas être exigeant sur des choses, on essaie de faire les choses au mieux et ça marche souvent bien..., on n'est pas très regardant là dessus parce qu'on ne peut pas imposer aux gens de venir. Quel en serait le sens, vous ne venez pas et on vous sort du réseau et après quoi ? »*

Et MARSEILLE DIABETE dit, nous citons : *« le réseau n'a pas de regard sur ce qu'ils font ou ne font pas. Pour vraiment respecter cette relation médecin-patient, on leur apporte les bonnes pratiques, et un tableau de bord qu'ils peuvent suivre, mais s'ils ne veulent pas le suivre ils ne sont pas obligés. »*

Chaque réseau a donc sa stratégie de sélection du nouvel adhérent, nous pourrions dire inclusion pour certains, avec toute la connotation maternante et de protection que cela comporte...

 Question 8 : Vous arrive-t-il de participer à des formations externes qui pourraient constituer la base de la diffusion des bonnes pratiques soignantes au delà du réseau ?

Là encore, chaque réseau a développé une stratégie propre.

ILHUP, qui ne manque pas d'adhérents et dont les listes d'attentes pour suivre les formations sont à rallonge, accepte de former des infirmiers qui ne font pas partie du réseau du moment qu'ils payent leur formation et dans la limite des places disponibles.

PACASEP compte sur le bouche à oreille et le mécanisme d'influence sociale qui ne peut être effectif que sur une assez longue période et espère donc avoir assez de temps pour arriver à provoquer un changement dans les pratiques soignantes. En attendant, il envoie les invitations pour les formations aux professionnels qui ont en charge un patient SEP et qui ne sont pas forcément adhérents.

MARSEILLE DIABETE en éduquant régulièrement les patients eux-mêmes participe de la promotion de la santé et de l'autonomisation du patient. Mais cette activité n'est possible que par la spécificité de la pathologie prise en charge.

Il a réalisé aussi des formations gratuites en invitant tous les professionnels du quartier, arrondissement par arrondissement, afin de se faire connaître et par là, a effectivement transmis des bonnes pratiques soignantes au delà du réseau. Mais cette pratique leur a demandé une énergie et un temps assez long (un an pour faire tous les arrondissements de Marseille) et ne sera renouvelée qu'en fonction du budget.

SLA PACA OUEST ne réalise pas de formation sur la SLA en dehors du réseau. Mais il lui arrive de réaliser des informations précises sur la maladie et sa terrible évolution auprès d'organismes (CRAM, AFPA, COTOREP) qui accordent des moyens aux patients, afin qu'ils soient sensibilisés et que leur décision soit en adéquation avec la situation du patient, notamment dans la rapidité d'exécution, car un patient SLA ne peut par exemple, attendre un an un fauteuil roulant parce qu'au bout d'un an il n'en aura peut-être plus besoin...

RSP 13 participe ponctuellement à des formations externes en fonction des demandes qui lui sont adressées.

Tous les réseaux participent donc de la diffusion des bonnes pratiques soignantes au delà d'eux-mêmes, que ce soit directement ou indirectement (SLA PACA OUEST).

V-1-3- Synthèse en regard de notre hypothèse

Le coordinateur de réseau organise et participe de la diffusion des bonnes pratiques soignantes, notamment au travers de la communication et de la formation. Le plan de formation de chaque réseau est élaboré en fonction des objectifs de chacun et largement dépendant des ressources financières qui lui sont allouées. Le style de management influe sur la qualité des relations des différents membres du réseau, et la philosophie qui se dégage de la personnalité du manager, impactant sa communication, intervient à ce niveau dans la quantité et la qualité de la diffusion des bonnes pratiques soignantes, et semble avoir un lien avec l'intensité de la participation active des membres du réseau. De plus, le type de pathologie prise en charge par le réseau, induisant des interactions sociales caractéristiques, semble aussi avoir un impact sur le mode de communication entre les divers professionnels adhérents. Aussi, aux dires des coordinateurs, nous confirmons notre hypothèse générale, (« Le réseau favorise la diffusion des bonnes pratiques soignantes ») au travers de la communication, sans pouvoir déterminer quelle est celle qui est la plus efficace, la communication du coordinateur définie par son management ou la communication entre les adhérents inhérente à la structure. Nous établissons un bémol pour la formation car nous avons retenu qu'elle n'était pas évaluée, ni au regard de ses objectifs, ni au regard des pratiques professionnelles. Néanmoins, nous pouvons rappeler que cette dernière peut être inopportune dans les réseaux du fait des relations de confiance qui s'établissent et s'entretiennent dans ce type de structure.

IV-2- Les questionnaires

IV-2-1- Exploitation des questionnaires

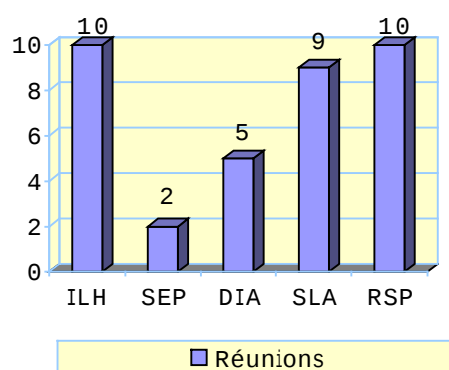
La phase de recueil terminée, les questionnaires ont été dépouillés selon une grille préétablie (ANNEXE 19, p 61 : TABLEAU DE DEPOUILLEMENT DES QUESTIONNAIRES). L'analyse qui en découle a été essentiellement quantitative, réseau par réseau, question par question et qualitative tous réseaux confondus. Notons que tout au long de l'analyse, pour éviter des lourdeurs, nous avons réduit les noms de PACASEP à SEP, MARSEILLE DIABETE à DIABETE et SLA PACA OUEST à SLA.

IV-2-2- Analyse

 Question 1 : Depuis combien de temps êtes-vous adhérent ?

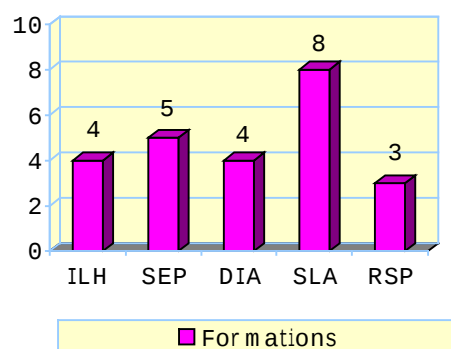
Tous les répondants ont en moyenne 2,5 ans d'ancienneté dans leur réseau, le maximum étant de 5 années pour certains d'ILHUP et de SLA. Ceci s'explique essentiellement par le fait que la création de réseaux est une initiative très récente.

 Question 2 : Comment êtes-vous informé(e) des protocoles de soins ?



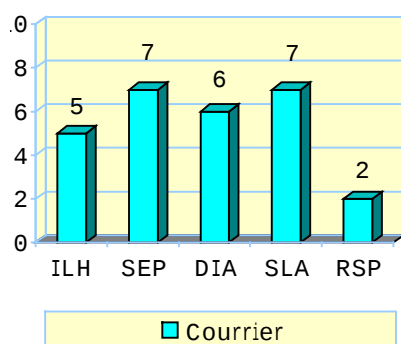
Nous voyons que les professionnels qui sont le plus informés des protocoles de soins par les réunions, sont adhérents des réseaux qui en organisent fréquemment (ILHUP), et notamment des réunions d'harmonisation des pratiques (SLA, RSP). Pourtant, ces réunions ne sont pas à l'origine prévues pour cela.

Les réunions sont donc propices à la transmission des savoirs concernant les bonnes pratiques, en plus de leur objectif initial. Nous pouvons donc penser que le vecteur de transmission est la communication informelle.

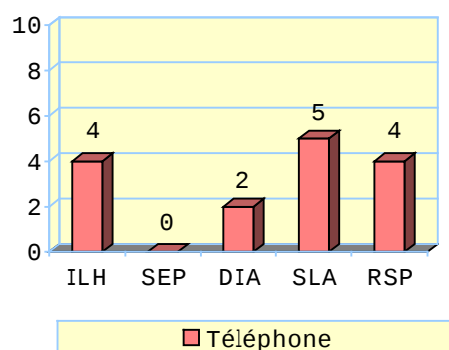


Les formations permettent aux adhérents professionnels d'échanger sur leurs pratiques, mais pas forcément d'être informés des protocoles de soins. Les formations consistent en des exposés de cas précis de patient qui permettent de transmettre des connaissances contextualisées et donc non protocolisées (ILHUP, DIABETE, RSP).

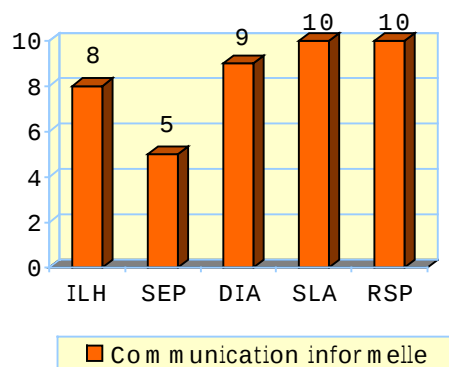
SLA qui a un plan de formation embrassant tous les soins nécessités par sa pathologie, transmet les protocoles plus facilement par la formation. Les adhérents de SEP sont aussi informés de protocoles de soins par la formation. Quant à RSP, ses formations constituent une sensibilisation à la pratique des soins palliatifs, mais nous voyons que les sessions peuvent être à l'origine (pour 3 sur 10) d'une information sur les protocoles. Le programme de la formation des réseaux n'étant pas orienté principalement vers les protocoles et ceux-ci étant tout de même transmis à cette occasion, nous pouvons déduire que les personnes profitent d'être rassemblées pour échanger sur leurs pratiques et s'informer des protocoles par la communication informelle.



Les protocoles de soins sont très fréquemment transmis par courrier à ceux qui le demandent, néanmoins, RSP a le plus petit score car il n'a pas encore finalisé tous ses documents.

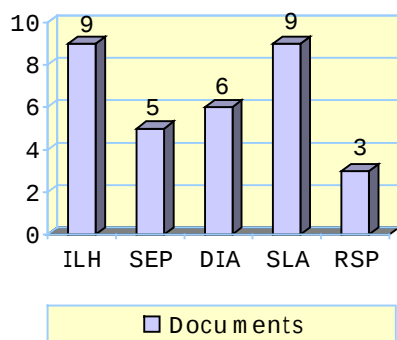


Le téléphone est un moyen de communication peu usité pour transmettre les protocoles de soins, néanmoins il l'est parfois, ce qui corrobore les dires des coordinateurs, qui ne laissent jamais quelqu'un qui les appelle dans l'embarras. Nous voyons que SEP, ne communique pas par téléphone pour la transmission protocoles.

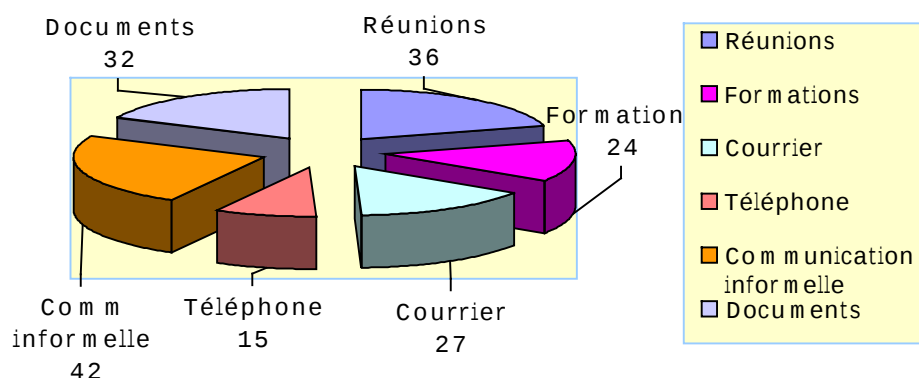


La communication informelle est très importante pour tous les adhérents de tous les réseaux au niveau de la transmission de protocoles. Notamment pour SLA qui organise « l'éducation par les pairs », ILHUP qui a mis en place un système d'infirmiers accompagnateurs et RSP qui a aussi beaucoup développé les espaces de paroles.

Ces résultats confirment nos analyses, des items « Réunions » et « Formation », et des entretiens avec les coordinateurs.



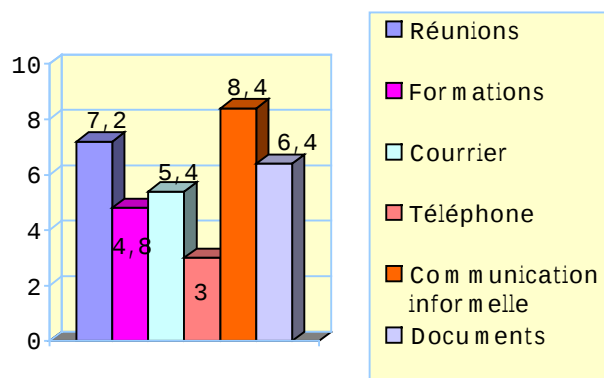
Tous les réseaux transmettent des protocoles sous forme de documents, moins RSP, mais nous avons vu qu'il ne les avait pas encore tous formalisés. Comme les coordinateurs ont dit que le réseau ne transmettait pas de documents édités par l'ANAES, nous pouvons penser que les documents transmis constituent des protocoles du réseau.



Tous réseaux enquêtés confondus, nous voyons que le moyen de communication des protocoles le plus fréquent est la communication informelle (42/50), suivie de près par les réunions (36/50) et les documents (32/50). La formation (24/50) arrive en cinquième position, derrière le courrier (27/50). Enfin le téléphone (15/50) semble n'être qu'un moyen de dépannage.

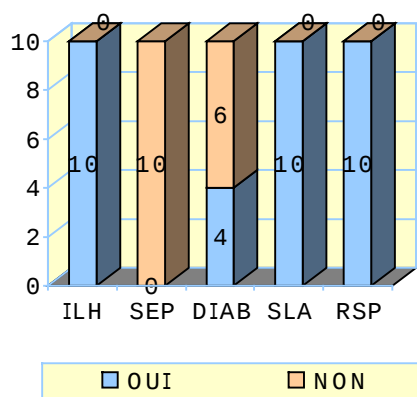
Nous voyons qu'en moyenne, sur tous les réseaux, les protocoles de soins sont transmis par la communication informelle pour 8,4 adhérents sur 10, par les réunions pour 7,2 sur 10 et par les documents pour 6,4 sur 10.

Les réseaux en usant de ces modes de communication transmettent les protocoles pour plus de la moitié en moyenne des adhérents.

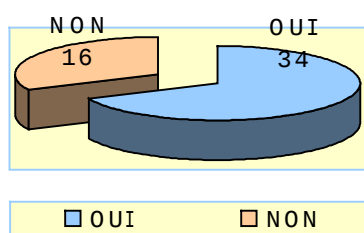


Le réseau favorise donc la diffusion des bonnes pratiques soignantes, par la transmission de protocoles ou d'autres savoirs, pour 5,9 adhérents sur 10 en moyenne, tous vecteurs de communication confondus.

 Question 3 : Participez-vous régulièrement à des réunions d'uniformisation des pratiques soignantes ?

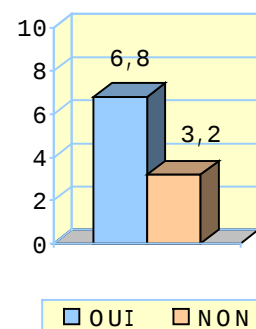


Ces résultats confirment ceux de la question n°2. Les réseaux qui organisent des réunions régulières sont ILHUP, SLA et RSP. Notons que DIABETE organise aussi beaucoup de réunions mais elles sont centrées sur une de leurs activités principales : l'éducation des patients et ne concernent donc pas l'uniformisation des pratiques soignantes proprement dites.

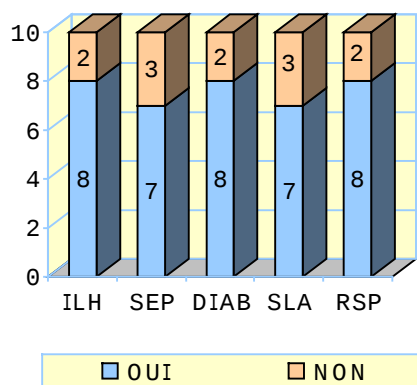


Nous voyons que les adhérents, tous réseaux enquêtés confondus, participent à des réunions d'uniformisation des pratiques soignantes pour plus de la moitié des répondants. Ces réunions participent des interactions sociales nécessaires à l'établissement d'une vision commune et favorisent les apprentissages constituant une bonne part de la diffusion des bonnes pratiques à l'intérieur de chacun des réseaux.

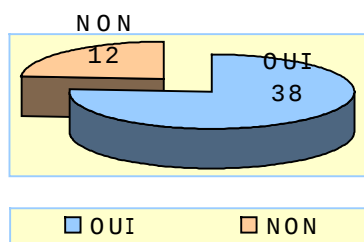
Ainsi, la participation à des réunions d'uniformisation des pratiques soignantes implique en moyenne sur tous les réseaux, 6,8 adhérents sur 10.



 Question 4 : L'accès à des documents de référence concernant les bonnes pratiques soignantes est-il aisé ?

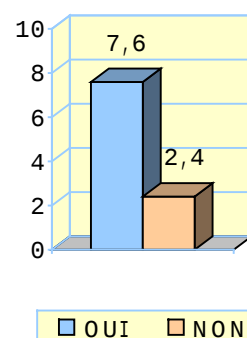


Une grande part des répondants estime l'accès à des documents de référence concernant les bonnes pratiques soignantes aisé. Ce qui confirme les réponses de la question n°2 qui établissait les différents modes de transmissions des protocoles de soins où les documents ont recueilli 32/50.

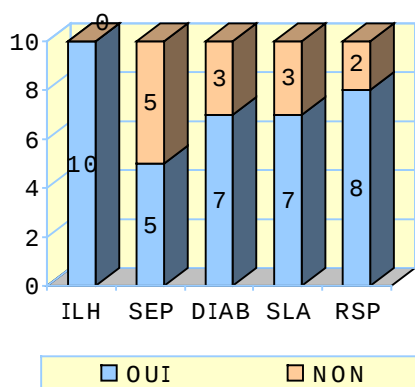


Nous voyons que les adhérents, tous réseaux enquêtés confondus, estiment l'accès à des documents de référence concernant les

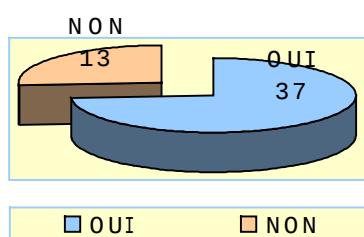
bonnes pratiques soignantes aisé pour plus de la moitié des répondants, qui représentent en moyenne 7,6 personnes sur 10.



 Question 5 : Etes-vous régulièrement formé(e) aux bonnes pratiques soignantes ?

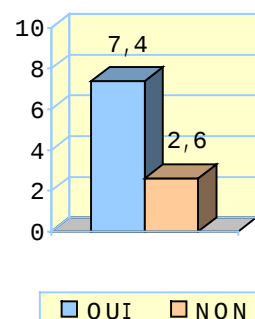


Une grande part des répondants estime être régulièrement formée aux bonnes pratiques soignantes par leur réseau. Les réseaux les plus organisés dans ce domaine (ILHUP, SLA, RSP et DIABETE), ont les résultats les plus élevés.

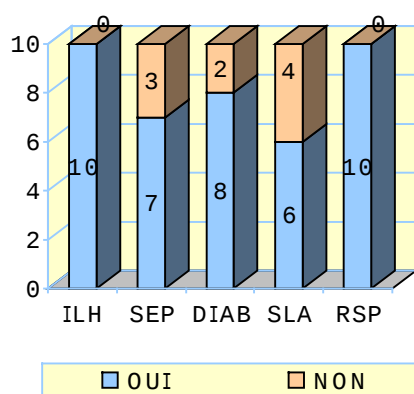


Nous voyons que les adhérents, tous réseaux enquêtés confondus, estiment être régulièrement formés aux bonnes pratiques soignantes pour plus de la moitié.

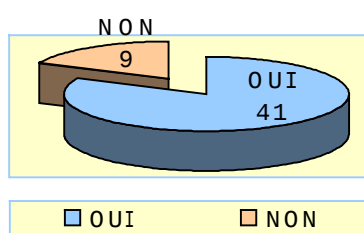
Ainsi, la formation participe pour 7,4 adhérents sur 10 à la diffusion des bonnes pratiques. Nous avons vu à la question n°2 que les protocoles étaient peu diffusés par la formation (pour 4,8 sur 10). Mais les protocoles ne sont pas les seules références en ce qui concerne les bonnes pratiques soignantes. La formation participe de la diffusion des bonnes pratiques soignantes par la transmission de savoirs contextualisés.



 Question 6 : Vous arrive-t-il d'adapter un protocole à des circonstances particulières ?

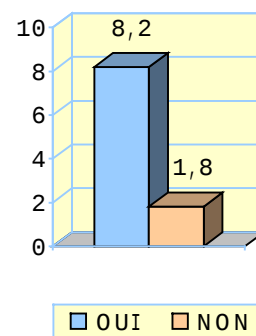


Une grande part des répondants estime adapter les protocoles à des circonstances particulières, même ceux des réseaux qui en communiquent peu (SEP, RSP).

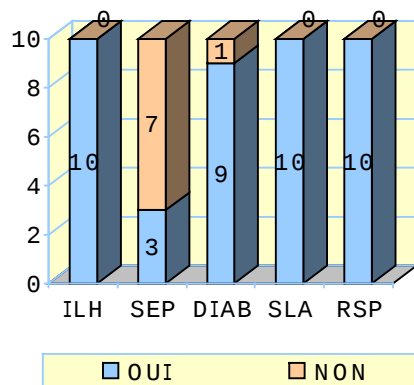


Nous voyons que les adhérents, tous réseaux enquêtés confondus, estiment adapter les protocoles à des circonstances particulières pour plus de la moitié.

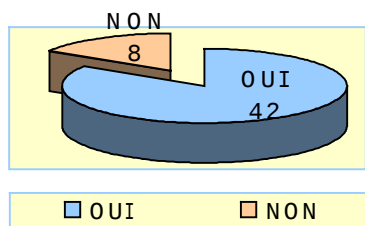
Ainsi, 8,2 adhérents sur 10 adaptent les protocoles diffusés ou non par le réseau à des circonstances particulières. Cette pratique ne constitue pas une distorsion des bonnes pratiques mais relève de l'apprentissage individuel et du développement des compétences lié à la mise en pratique de savoirs théoriques.



 Question 7 : Vos remarques sont-elles prises en compte lors des réunions ?

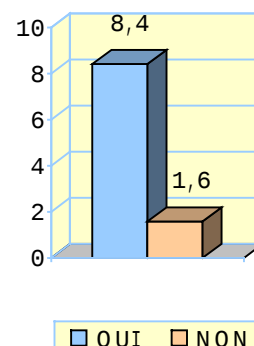


La majorité des répondants estime que leurs remarques sont prises en compte lors des réunions. Le faible résultat de SEP est expliqué par le fait qu'il n'organise pas encore de réunions de ce type, ce qui confirme la réponse à la question n°2 où seuls 2 adhérents de SEP indiquait être informé des protocoles de soins par les réunions.

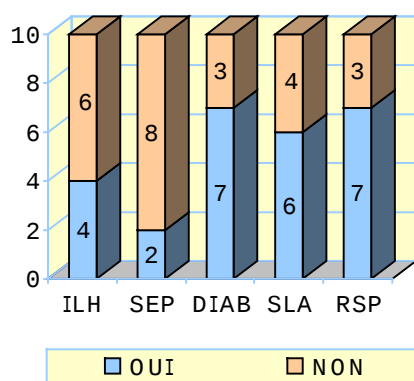


Nous voyons que les adhérents, tous réseaux enquêtés confondus, estiment que leurs remarques sont prises en compte lors des réunions pour plus de la moitié.

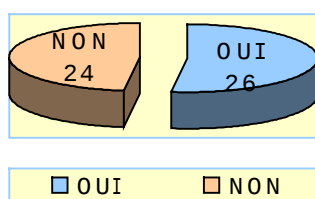
Ainsi, 8,4 adhérents sur 10 estiment que leurs remarques sont prises en compte lors des réunions, ce qui confirme le réseau comme lieu d'échange, de négociation et de partage.



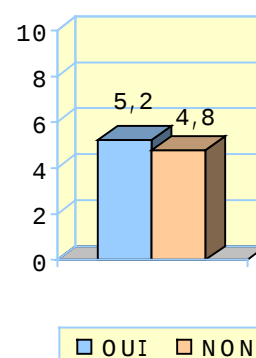
 Question 8 : Avez-vous déjà été à l'origine d'une modification de protocole de soins ?



Une bonne part des répondants estime être à l'origine d'une modification de protocole de soin. Les résultats les plus importants se situant pour les réseaux aux pathologies lourdes et au pronostic inéluctable (SLA, RSP), là où les réunions de concertation de patients sont les plus actives. DIABETE a un résultat similaire du fait de la pathologie qui nécessite des réajustements de protocoles journaliers et même horaires.



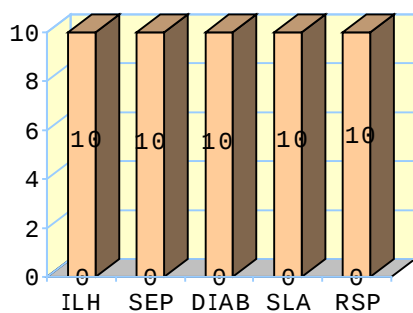
Nous voyons que les adhérents, tous réseaux enquêtés confondus, estiment être à l'origine d'une modification de protocole de soin pour une moitié.



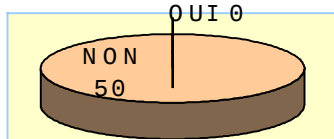
Ainsi, 5,2 adhérents sur 10 sont à l'origine d'une modification de protocole de soin. Nous aurions pu nous attendre à plus mais les faibles résultats de SEP et d'ILH ont fait chuter la moyenne.

SEP diffusant des référentiels interactifs, ceux-ci ne sont pas modifiables dans la pratique quotidienne, à moins d'en faire part à des réunions qui ne sont que rarement organisées.

 Question 9 : Vos pratiques sont-elles régulièrement évaluées ?



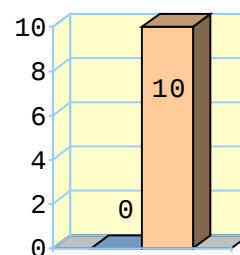
■ OUI ■ NON



■ OUI ■ NON

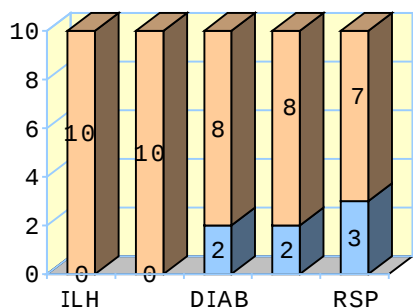
Tous les répondants annoncent que leurs pratiques ne sont pas évaluées. Ce qui confirme totalement les dires des coordinateurs des divers réseaux.

La pratique de l'évaluation externe obligatoire ne constitue pas pour eux l'évaluation de leur propre pratique, mais l'évaluation des pratiques du réseau. L'évaluation des pratiques professionnelles n'est pas formalisée par manque de budget et manque de temps voire même d'intérêt. (SLA).

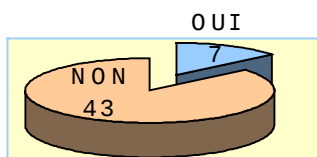


■ OUI ■ NON

 Question 10 : Y a t-il de gros écarts entre le travail prescrit et le réalisé ?



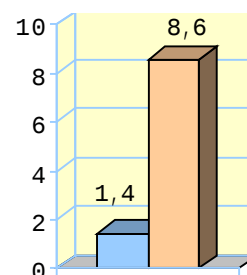
■ OUI ■ NON



■ OUI ■ NON

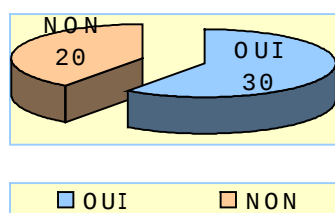
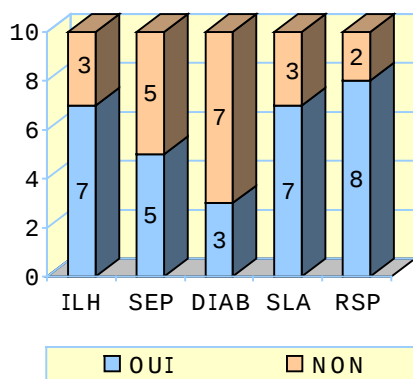
La majorité des répondants estime qu'il n'y a que peu d'écart entre le travail prescrit et le travail réalisé. Néanmoins cela ne correspond pas du tout aux réponses de la question n°6, où la majorité des personnes estimaient adapter les protocoles de soins à des circonstances particulières. La différence provient sans doute du fait que les adaptations de protocoles sont minimales, à moins que ce ne soit par la confusion du terme « prescrit », prescription à laquelle il ne faut pas déroger dans le domaine paramédical.

Nous voyons que les adhérents, tous réseaux enquêtés confondus, estiment ne pas faire de gros écarts entre le travail prescrit et le travail réalisé, ou bien seulement 1.4 adhérents sur 10 en conviennent.



■ OUI ■ NON

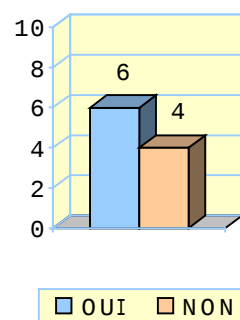
 Question 11 : Avez-vous au moment de votre adhésion été formé(e) aux pratiques soignantes de votre réseau ?



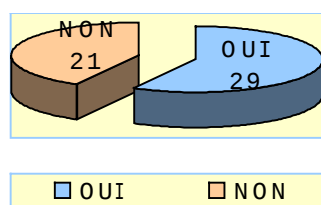
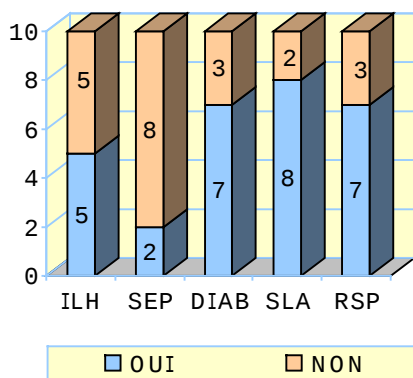
Les réseaux qui forment le plus lors de l'adhésion sont RSP, SLA et ILHUP. Ceci n'est pas étonnant car ce sont ceux qui soit ont un plan de formation bien défini (ILHUP, SEP), soit organisent des formations très souvent (RSP, 1 fois par mois). Les décalages que nous pouvons observer (DIABETE, 3 OUI seulement, ILHUP 3 NON alors que la

indiquent le temps de latence existant parfois entre la signature et la réalisation de la formation.

Nous voyons que les adhérents, tous réseaux enquêtés confondus, estiment avoir été formés lors de leur adhésion pour une bonne moitié. Ainsi, ceux-ci représentent en moyenne 6 personnes sur 10.

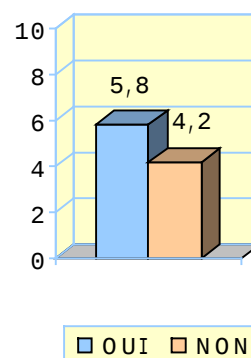


 Question 12 : Avez-vous changé de pratiques lors de votre adhésion au réseau ?

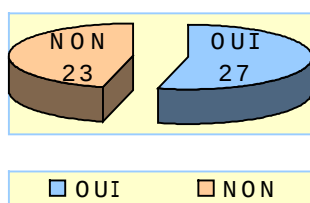
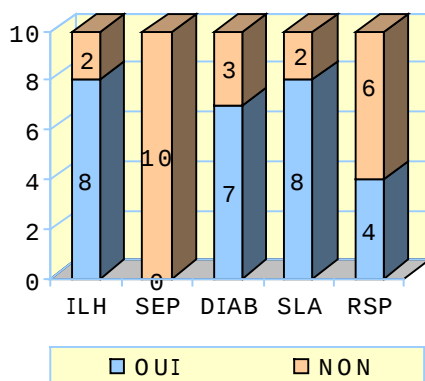


Nous voyons que les adhérents, tous réseaux enquêtés confondus, estiment avoir changé de pratique lors de leur adhésion au réseau pour une moitié.

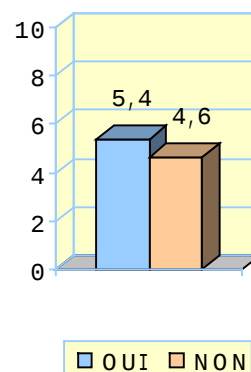
Le réseau favoriserait donc l'adoption de nouvelles pratiques pour 5,8 adhérents sur 10.



 Question 13 : Vous arrive-t-il de former des personnes non adhérentes aux pratiques de votre réseau ?



Les personnes qui en forment d'autres non adhérentes aux pratiques de leur réseau adhèrent à ceux qui sont les plus actifs. Cela confirme les réponses à la question n°2 (ILHUP, DIABETE, SLA et RSP, sont ceux qui transmettent le plus les protocoles par réunions), et on peut penser que les facultés développées par la participation à ces réunions (écoute, partage, échange...), favorise cela. Nous voyons que les adhérents, tous réseaux enquêtés confondus, estiment former des personnes non adhérentes aux pratiques de leur réseau pour plus de la moitié. Ce qui confirme l'idée de réseau social, qui ne serait pas forcément superposable au réseau lui-même. Le réseau participe donc de la diffusion des bonnes pratiques au-delà de lui-même pour 5.4 adhérents sur 10.



IV-2-3- Synthèse en regard de notre hypothèse

Les adhérents qui ont répondu au questionnaire corroborent d'une manière générale l'analyse découlant des entretiens avec les coordinateurs.

L'analyse des questionnaires nous a permis d'identifier les modes de communication qui permettent la diffusion des bonnes pratiques soignantes. Il ressort que celui qui est le plus prégnant est la communication informelle (question n°2, 8,4/10), ce qui n'est pas étonnant au regard de notre étude conceptuelle qui a explicité la prévalence de cette activité au sein des réseaux. Mais tous les moyens de communication sont utilisés de manière plus ou moins intensive. Ainsi, les réunions (question n°2, 7,2/10 et question n°3, 6,8/10) et les formations (question n°2, 4,8/10) constituent un support formel de diffusion mais aussi un prétexte à la communication informelle citée plus haut. Ainsi, nous ne pouvons déterminer avec certitude la part de responsabilité imputable aux réunions, aux formations d'une part, et à la communication informelle d'autre part dans la diffusion des bonnes pratiques soignantes.

D'autre part, en rédigeant les questions en employant le terme de protocole, nous avons certes mis en lumière les activités de capitalisation et de diffusion des savoirs capitalisés des réseaux, mais nous n'avons pas déterminé précisément l'activité de diffusion des pratiques.

C'est pourquoi nous n'avons obtenu que 5,9/10 adhérents informés des protocoles par les modes de communication prédéfinis dans la question n°2. Les protocoles sont la matérialisation des bonnes pratiques soignantes et donc leur diffusion peut être considérée comme la diffusion des pratiques, mais pas seulement.

Les réseaux mettent à disposition des adhérents une base de données élaborée au cours du temps à laquelle ils peuvent se référer. Les questions n°2 (6,4/10 sont informés des protocoles par des documents) et n°4 (7,6/10 estiment l'accès aisé à des documents de référence), illustrent l'apprentissage collectif de diffusion, témoin d'un processus collectif de capitalisation des savoirs sous forme de procédures et protocoles.

Quant à la formation, nous pouvons déduire la même remarque qu'à la suite des entretiens : elle favorise la transmission de savoirs contextualisés (question n°5, 7,4/10 estiment être régulièrement formés aux bonnes pratiques soignantes), pouvant constituer des bonnes pratiques si tant est qu'ils (les savoirs) sont appliqués par la suite. Or les adhérents ont tous répondu à l'unanimité que leurs pratiques n'étaient pas évaluées (question n°9). En outre, elle (la formation) est aussi prétexte à échanges divers et nous ne pouvons là encore déterminer avec précision la part de responsabilité de la formation d'une part et des échanges professionnels d'autre part dans la diffusion des bonnes pratiques. Et nous pouvons faire la même remarque pour les réunions d'uniformisation des pratiques. Néanmoins, les questions n°7 (8,4/10 estiment que leurs remarques sont prises en compte lors des réunions), n°8 (5,2/10 estiment avoir été à l'origine d'une modification de protocole de soin), et n°11 (6/10 indiquent avoir été formés aux pratiques de leur réseau lors de leur adhésion), nous ont permis d'identifier l'apprentissage collectif partagé au sein de tous les réseaux, renvoyant à une dynamique collective productrice de règles communes.

L'apprentissage étant une modalité de transmission (et donc de diffusion) des savoirs, nous avons aussi mis en lumière l'apprentissage individuel par la question n°6, en adaptant les protocoles à des circonstances particulières, les soignants (8,2/10) adaptent leurs actions tout en restant dans le cadre des principes et des normes en usage. La question n°10 peut être interprétée de deux façons, soit le réseau diffuse très bien les bonnes pratiques (8,2/10 estiment ne pas faire de gros écarts entre le travail prescrit et le travail réalisé), soit elle est corrompue par le terme prescrit qui a une connotation tout à fait particulière dans le secteur de la santé, ce qui doit être un peu le cas puisqu'elle infirme les résultats de la question n°6, ce qui ne nous arrange pas.

Les questions n°12 (5,8/10 estiment avoir changé de pratiques lors de leur adhésion), et n°13 (5,4/10 estiment former des personnes non adhérentes aux pratiques de leur réseau), témoignent de la réalité de la diffusion des bonnes pratiques par le réseau en son sein (n°12) et au delà de lui-même (n°13).

V- Forces et limites du dispositif de recherche

Les points forts de l'enquête reposent sans doute sur la quantité des informations recueillies, nous avons entretenu 5 coordinateurs et recueilli 50 questionnaires. D'un point de vue qualitatif, elles nous ont permis de vérifier scientifiquement les dimensions des réseaux que nous avons découvertes au cours de notre exploration conceptuelle : le caractère social du réseau sans lequel la communication ne peut être effective, la dimension d'apprentissage permise par les modes de fonctionnement du réseau qui participe de la diffusion des bonnes pratiques soignantes, et le caractère diffusant du réseau inhérent à lui-même. La part du travail du coordinateur qui influe sur la diffusion des bonnes pratiques soignantes au regard de notre hypothèse opérationnelle consiste effectivement en la mise en œuvre d'une bonne communication et l'organisation de sessions de formations. Toutefois, le choix d'avoir investigué des réseaux aux thématiques différentes permet d'entrevoir la diversité des choix de ces réalisations, conditionnés à la fois par le management et le type de pathologie prise en charge par le réseau, mais ne permet pas de faire des comparaisons « toutes choses égales par ailleurs ». D'une manière générale, tous réseaux enquêtés confondus, nous avons confirmé notre hypothèse générale, à savoir que le réseau favorise la diffusion de bonnes pratiques soignantes.

Les points faibles de l'enquête reposent quant à eux principalement sur la petite taille des échantillons de population, nous avons recueilli 10 questionnaires de professionnels par réseau, qui plus est les 10 premiers représentant forcément les 10 plus motivés à répondre. Ils ne peuvent donc constituer une représentation fidèle de l'ensemble des professionnels des réseaux qui en toute rigueur aurait nécessité la connaissance préalable de leurs caractéristiques principales. D'autre part les réseaux eux-mêmes étant de tailles différentes, un échantillon quantitativement identique sur chacun d'eux ne peut représenter la même proportionnalité en rapport de l'ensemble des professionnels adhérents. Le rapport que nous aurions tendance à établir entre les résultats obtenus et leur éventuelle généralisation présente un biais dont l'existence ne peut être a priori écartée.

Ainsi, même la confirmation de notre hypothèse générale pourrait être soumise à controverse, si l'on considère que les résultats des questions témoignant de la réalité de la diffusion des bonnes pratiques par le réseau en son sein (5,8/10) et au delà de lui-même (5,4/10) n'expriment pas une franche majorité et pourraient être remis en question.

La préparation et la mise en œuvre du dispositif d'enquête, nous ont permis de bien délimiter le domaine des réponses que nous voulions obtenir en rapport avec notre objet de recherche. La difficulté, induite par les questions fermées (OUI/NON), de discerner la part de diffusion des bonnes pratiques soignantes qui relève de la communication informelle de celle qui relève de la communication et de la formation organisées par le coordinateur, n'a pas permis de confirmer d'une manière indéniable notre hypothèse opérationnelle, à savoir que le management du réseau par le Cadre de Santé au travers de la communication et de la formation favorise la diffusion des bonnes pratiques.

De plus, des maladresses (le terme « prescrit ») et l'absence d'évaluation formalisée des pratiques professionnelles proprement dites au sein des réseaux enquêtés, ont rendu impossible la perception du caractère « bon » des pratiques diffusées par la communication et la formation. Nous ajoutons que la formulation de questions fermées (OUI/NON) induit un autre biais, celui par lequel les répondants cherchent à être perçus au travers de leurs réponses tels que nous voulions qu'ils soient ou tels qu'ils devraient être...

Nous n'avons plus d'autre choix que d'élaborer un raisonnement déductif, à moins d'aller vérifier nous-mêmes sur le terrain, à savoir que si le réseau élabore et diffuse de bonnes pratiques et si les professionnels changent de pratiques en y adhérant, alors les professionnels adhérents des réseaux appliquent de bonnes pratiques.

Le réseau apparaît donc plus comme une infrastructure de développement et de diffusion des bonnes pratiques soignantes par ses modalités de fonctionnement inhérentes à sa structure, que par la formalisation et l'organisation de cette diffusion sous quel mode que ce soit.

CONCLUSION

« L'affirmation et l'opiniâtreté sont signes exprès de bêtises ».

Montaigne

Au terme de ce travail qui nous a conduits à explorer un domaine que nous ne connaissions absolument pas d'un point de vue professionnel, nous avons été initiés à une démarche de recherche méthodologique rigoureuse et enrichi par là même notre culture de soignant.

Le monde des réseaux de santé à l'aube de sa naissance révolutionne déjà le système sanitaire dans lequel il s'insère. En déplaçant les frontières du sanitaire et du social, de l'institutionnel et du libéral, du professionnel et du particulier, de l'individuel et du collectif, il participe d'une mutation sociale et sociétale qui ne peut laisser personne indifférent.

A l'instar de l'explosion de l'internet, arrivera-t-il à s'étendre de façon à généraliser sur tout le territoire français un nouveau mode de relations professionnelles fondé sur la confiance, l'altruisme et la vertu, faisant fi des attitudes opportunistes et vénales que nous pouvons parfois rencontrer dans notre secteur d'activité, afin de promouvoir de meilleures prises en charge des patients favorisant l'enrichissement mutuel tout en limitant les dépenses de santé ?

L'étude des concepts fondant la construction de notre objet de recherche, le réseau, la coopération, l'innovation et l'apprentissage, semblerait nous indiquer que le développement de ce type de structure devrait permettre d'atteindre ces objectifs. Une exigence accrue de la qualité des soins et l'impérieuse nécessité d'une meilleure maîtrise des coûts sont les deux tendances lourdes en matière de santé. Face à ces attentes et à l'incontournable arbitrage entre coûts et qualité, une prise en charge globale, garantissant une cohérence d'approche et permettant de réaliser des économies, se révélerait accessible par la création de réseaux de santé.

Ils sont cependant soumis à l'attribution de financements conditionnés par l'évaluation et reposent par ailleurs principalement sur l'investissement, du moins à ses débuts bénévoles, de professionnels déterminés, et le Docteur B. ELGHOZI, Vice-président de la Coordination Nationale des réseaux soutient que « l'évaluation est nécessaire, mais attention au danger de la modélisation technocratique, car elle risque de d'assécher les bonnes volontés ».

Cette nécessité pour démontrer l'efficacité des réseaux de santé tant sur le plan de la qualité que sur le plan économique, a fait couler beaucoup d'encre et mis à l'épreuve nombre d'économistes de la Santé, pour finalement parfois arriver à la constatation empirique que la prise en charge par le réseau est certes de plus grande qualité mais aussi plus coûteuse. La réallocation des dépenses consisterait-elle donc en un simple déplacement de celles-ci de l'hospitalisation aux réseaux ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

ALTER.N, « L'innovation ordinaire », Paris, Presses Universitaires de France, 2000.

BERNOUX.P, « La sociologie des organisations », Collection Points, Paris, Editions du Seuil, 1985, 377p.

CROZIER.M, FRIEDBERG.E, « L'acteur et le système », Paris, Editions du Seuil, 1977, 500p.

HUARD.P et MOATTI.J.P, « Introduction à la notion de réseau », Gestions hospitalières, 1995.

LAFAYE.C, « Sociologie des organisations », Collection 128, Paris, Nathan Université, 1996, 127p.

LE MOIGNE.J.L, «La théorie du système général» : Le concept de représentation », chapitre 3, 4^{ème} édition, PUF, 1994.

MERLANT.P, « Histoire d'innover », Inter Editions, 1993.

MINTZBERG.H, « Le manager au quotidien », Ed. Organisation, 1984, page 21 à 40.

MINTZBERG. H, « Structure et dynamique des organisations », Edition d'organisation, (1^{ère} édition 1983), 1998.

QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT.L, « Manuel de recherches en sciences sociales », 1995, Paris, Dunod, 138 p.

STIMEC.A, « La négociation », Les topos, Dunod, 2005, 119 p.

ZARIFIAN.P, « Travail et communication », Paris, Presses Universitaires de France, 1996.

Articles

BLANCHOT.F, ISAAC.H, JOSSERAND.E, KALIKA.M, DE MONTMORILLON.B, ROMELAER.P, « Organisation : explosion des frontières et transversalité », CREPA, Dauphine, 2000, 22p.

ELLUL.F, « L'organisation apprenante », La lettre du CEDIP n°16, Janvier 2001.

GADREAU.M, JAFFRE.D, LANCIAU.D, « La recomposition en réseaux du système hospitalier. Entre contraintes, contrats et conventions », Finance Contrôle Stratégie, volume 2, n°4, décembre 1999, p 53 à 75.

GREMY.F, « Filières et réseaux, vers l'organisation du système de soins », Gestion hospitalière, juin juillet 1997, 6 p.

JOSSERAND.E, GRIMA.F, « Organisation en réseau et apprentissage : une analyse interindividuelle de la dynamique relationnelle », Actes du Congrès ASAC-IFSAM, Montréal, 2000, 11 p.

NAIDITCH.M, BOURGUEIL.Y, GRIGNON.M, MIDI.F, DEVELAY.A, MINO.J.C, POLTON.D, « Apports potentiels des réseaux dans le système de soins », Perspectives soignantes, n°9, décembre 2000.

PELISSIER.F, « Le réseau en santé et l'assurance maladie », tiré d'une thèse soutenue en octobre 2003 en vue de l'obtention du Doctorat ès Science Economique, 292 p.

STEYER.A et ZIMMERMANN.J.B, « Influence sociale et diffusion de l'innovation », Mathématiques et Sciences Humaines, n°168, 2004, p 43 à 57.

WEIL.T, DURIEUX.F, « La gestion de l'innovation en réseau », Rapport pour l'Association Nationale de la recherche technique, mars 2000, 76 p.

ZAHARIA.C, « Les fondements de la coopération : une analyse quantitative », Groupe de recherche sur le Risque l'Information et la Décision, 2003, 53p.

Autres sources

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, « Principes d'évaluation des réseaux de santé », 1999.

BOURGUEIL.Y, BREMOND.Y, DEVELAY.A, GRIGNON.M, MIDY.F, NAIDITCH.M, POLTON.D, « Evaluation des réseaux de soins : enjeux et recommandations », Publication du CREDES et du Groupe IMAGE ENSP, Mai 2001, 73 p.

Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003, d'après l'INSEE, Tableaux de l'Economie Française, Edition 2005-2006.

Commission des comptes de la Sécurité sociale septembre 2003.

Communiqué de presse de l'UNEDIC du 30 janvier 2006.

Cour des Comptes : « Rapport sur l'exécution des lois de finance en vue du règlement du budget de l'exercice 2004 ».

CROS.F, « innovation », in Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation, Paris, Nathan Université, 1994.

Grand dictionnaire terminologique.

PME Magazine, Mars 1999.

HELD.D et RISS.J.M, « Le développement des compétences au service de l'organisation apprenante », Employeur suisse n°13, 1998.

GIBEAULT.D et Associé(e)s, basé sur les travaux de SENGE.P.

SARBIN.T.R et ALLEN.V.L, "Role theory", The Handbook of Social Psychology, ED 2, p 488-587.

Cours

DELLE VIRGINI.N, « Techniques de la GRH », Licence AGES, 2005-2006, Facultés des sciences économiques et de gestion, Université de la méditerranée, Marseille.

HUARD.P, « Cours de théories des organisations », Master 1, Analyse des conditions de travail, gestion des carrières et compétences, 2004-2005, Facultés des sciences économiques et de gestion, Université de la méditerranée, Marseille.

Sites Internet

Assemblée Nationale <http://www.assemblee-nationale.fr>

Comité des Yvelines d'Education pour la Santé <http://www.cyes.info>

Commission Communautaire Française <http://www.cocof.be>

Cour des Comptes <http://www.ccomptes.fr>

Institut Français pour la Recherche sur les Administrations Publiques
<http://www.ifrap.org>

Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
<http://www.irdes.fr>

Magazine de la médecine électronique <http://www.medcost.fr>

Ministère de la Santé et des Solidarités <http://www.sante.gouv.fr>

Observatoire National des Réseaux de Santé <http://www.onrs.net>

Savoirs en réseau <http://www.savoirsenreseau.com>

Sénat <http://www.senat.fr>

Service Public de la diffusion du droit <http://www.legifrance.gouv.fr>

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 (page 5) LA GRADUATION DES SOINS Annexe 1 de la circulaire n° 101/DHOS/à/2004/ du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.	P.1
ANNEXE 2 (page 6) SUPPORT JURIDIQUE POSSIBLE POUR UN RESEAU DE SANTE FICHE DE SYNTHÈSE GIP Juin 2005	P.2
ANNEXE 3 (page 7) SUPPORT JURIDIQUE POSSIBLE POUR UN RESEAU DE SANTE FICHE DE SYNTHÈSE GIE Juin 2005	P.4
ANNEXE 4 (page 8) SUPPORT JURIDIQUE POSSIBLE POUR UN RESEAU DE SANTE FICHE DE SYNTHÈSE GCS Juin 2005	P.6
ANNEXE 5 (page 8) SUPPORT JURIDIQUE POSSIBLE POUR UN RESEAU DE SANTE FICHE DE SYNTHÈSE ASSOCIATION Juin 2005	P.9
ANNEXE 6 (page 8) RECAPITULATIF DES DIFFÉRENTS SUPPORTS DE GESTION PRÉVUS POUR LES RESEAUX DE SANTE Juin 2005	P.11
ANNEXE 7 (page 12) Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19/12/2002 relative aux réseaux de santé, en application de l'article L. 6321- 1 du code de la santé publique et des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et des décrets n°2002- 1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé	P.12
ANNEXE 8 (page 13) ARRÊTE DU 15 DECEMBRE 2005 DÉTERMINANT LA DNDR POUR 2005	P.22
ANNEXE 9 (page 23) CHARTRE DES RESEAUX DE SANTE	P.23
ANNEXE 10 (page 30) LES EXTERNALITES DES RESEAUX	P.25

ANNEXE 11 (page 30)	P.27
SCHEMATISATION DE LA COMPLEMENTARITE CONTRAT/CONFIANCE	
ANNEXE 12 (page 43)	P.28
LES 10 ROLES DU CADRE SELON MINTZBERG TRANSPOSES AU COORDINATEUR DE RESEAU	
ANNEXE 13 (page 48)	P.29
LES COORDONNEES DES LIEUX D'ENQUETE	
ANNEXE 14 (page 49)	P.30
CONSTRUCTION DU GUIDE D'ENTRETIEN	
ANNEXE 15 (page 50)	P.31
CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE	
ANNEXE 16 (page 50)	P.32
LE QUESTIONNAIRE DIFFUSE	
ANNEXE 17 (page 51)	P.33
RETRANSCRIPTION LITTERALE DES ENTRETIENS AVEC LES COORDINATEURS	
ANNEXE 18 (page 51)	P.57
TABLEAUX D'ANALYSE DES ENTRETIENS	
ANNEXE 19 (page 60)	P.61
TABLEAUX DE DEPOUILLEMENT DES QUESTIONNAIRES	

ANNEXE 1
LA GRADUATION DES SOINS
Annexe 1 de la circulaire n° 101/DHOS/à/2004/ du 5 mars 2004 relative à
l'élaboration des SROS de troisième génération

Au delà du niveau de proximité, quatre niveaux possibles peuvent être identifiés dans la graduation des soins selon les activités, n'étant pas obligatoires :

1- Le niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire est structuré autour de la médecine polyvalente, et peut assurer la prise en charge des urgences, de la chirurgie viscérale et orthopédique, de l'obstétrique et de l'imagerie conventionnelle. C'est le premier niveau d'hospitalisation et du plateau technique. Ces services s'ajoutent à l'offre de soins de proximité.

2- Le niveau de recours

Le niveau de recours est le lieu des soins spécialisés et correspond au bassin de desserte de l'hôpital pivot de secteur. Il assure la prise en charge des urgences et dispose d'un plateau technique 24 heures sur 24 pour les spécialités chirurgicales, hors chirurgie cardiaque, neurochirurgie et chirurgie hyperspécialisée, pour l'obstétrique, pour les disciplines interventionnelles et pour l'imagerie. Le territoire desservi couvre généralement le secteur sanitaire. En psychiatrie, c'est à ce niveau que sont organisées l'hospitalisation complète, la présence psychiatrique aux urgences et les centres d'accueil et de crise.

3- Le niveau régional

Il comprend des prestations spécialisées que l'on ne trouve pas dans les autres niveaux, à l'exception de celles faisant l'objet d'une organisation interrégionale et assure aussi l'ensemble de l'offre de services y compris des soins de proximité. On y trouve la chirurgie spécialisée telle la chirurgie cardiaque et, de manière générale, les disciplines fortement reliées à la recherche et à la formation. Ainsi, en matière de cancérologie, c'est au niveau régional que se situent les sites de référence (CHU et CRLCC), qui apportent leur expertise aux sites orientés vers la cancérologie des différents départements, dans le cadre du réseau régional. En matière de soins palliatifs, c'est au niveau régional que se trouve « l'unité de soins palliatifs » qui apporte son expertise en « recours » pour les malades de la région dont la situation est particulièrement complexe et constitue un centre de ressource pour la recherche et la formation dans ce domaine. En psychiatrie, on trouve les consultations très spécialisées et les centres de référence et de ressources.

4- Le niveau interrégional

Il est pertinent soit sous l'angle des spécialités couvertes par des équipements ou structures supra régionaux soit pour les zones "frontières" ou à cheval sur deux régions et qui reflètent des territoires de projet ou d'acteurs. La prise en charge des grands brûlés, la greffe, la neurochirurgie, sont des activités qui nécessitent une approche interrégionale. De même un certain nombre de centres de référence interrégionaux sont mis en place pour les maladies rares notamment. Cette démarche interrégionale est également appelée à croiser le projet de l'Union européenne d'identifier au plan européen des centres de référence tant pour les soins que pour la recherche.

ANNEXE 2
SUPPORT JURIDIQUE POSSIBLE POUR UN RESEAU DE SANTE
FICHE DE SYNTHESE GIP Juin 2005

Caractéristiques	Cadre réglementaire	Commentaires et conseils
1) Cadre juridique	- Loi n° 82-610 du 15 juill. 1982, art. 21 - Loi n° 87-751 du 23 juill. 1987, art. 22 - Décret n° 88-1034 du 7 nov. 1988 - Avis du Conseil d'Etat, section sociale, 1^{er} août 1995, n° 358 047 (cf. www.conseil-etat.fr/avis90/358047.pdf)	- Le GIP peut être titulaire d'autorisations d'équipements lourds - Il ne peut être titulaire d'autorisations d'activité de soins et ne peut donc en constituer le cadre. - pas de cadre général spécifique au groupement d'intérêt public. A cet égard, la loi 2004-1343 du 9 décembre 2004 <i>de simplification du droit</i> (art. 56), habilite le gouvernement à conférer par voie d'ordonnance et dans un délai d'un an, un cadre général au GIP. - L'objet poursuivi n'est pas à but lucratif ; il ne donne pas lieu à la réalisation ni au partage des bénéfices. - Le GIP se rattache à l'activité économique des membres et présente un caractère accessoire par rapport à celle ci .
2) Objet	Selon le décret, le GIP a pour objet de permettre à ses membres d' « <i>exercer ensemble, pendant une durée limitée, des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale (...) pour créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités.</i> »	
3) Forme	- Personnalité morale de droit public	- Personne publique <i>sui generis</i> mais assimilée sur certains points aux établissements publics.
4) Membres	- Uniquement des personnes morales, dont une au moins de droit public	- A la différence du GIE, les personnes physiques ne peuvent exercer en qualité de membres à titre individuel, sauf si elles sont regroupées sous la forme d'une personnalité morale (associations, sociétés...).
5) Formalités constitutives	- Convention constitutive entre les membres soumise à délibération du CA des EPS et accord de l'organe compétent pour les établissements privés - Arrêté d'approbation (ministre ou préfet de département) et publication (JO ou BO) - Règlement intérieur facultatif	- La durée et l'objet du groupement du GIP sont déterminés car il s'agit de missions temporaires. - Délai de 12 mois minimum pour l'approbation administrative

Caractéristiques		Cadre réglementaire	Commentaires et conseils
6) Organisation/Administration		- Assemblée générale / Conseil d'administration - Directeur nommé par le Conseil d'administration A - Commissaire du gouvernement - Les personnes publiques ou assimilées doivent avoir la majorité des voix aux instances délibératives et exécutives. - il n'existe pas de cadre	- Le commissaire du gouvernement représente et défend les intérêts des administrations dont relèvent les établissements membres ; en principe, le préfet de département ou son représentant en exerce la fonction ; lorsque le GIP est d'intérêt national, le commissaire du gouvernement est nommé par le ministre.
7) Ressources		- Constitution avec ou sans capital et/ou participations des membres aux charges d'exploitation - Financement par ses membres au prorata des prestations effectuées par le GIP pour chacun des membres	- Le GIP est responsable sur ses fonds propres mais les membres contribuent indéfiniment à sa dette proportionnellement à leurs droits statutaires
8) Contrôle		- Commissaire du gouvernement - Agent comptable si comptabilité publique - Cour des comptes et chambre régionale des comptes - Contrôle de tutelle (ministre de la santé ou préfet)	- contrôle administratif lors de la création (Formalités constitutives) et du fonctionnement (Organisation et Administration) - La comptabilité est privée, sauf choix exprès de la comptabilité publique ou lorsque le GIP est uniquement constitué d'établissements publics - si la comptabilité est privée, le recours à un commissaire aux comptes est recommandée, quel que soit le montant du financement public
9) Statut employeur		- Pas de propre personnel, sauf à titre exceptionnel et subsidiaire ; - Personnel détaché ou mis à disposition par les membres et régi par eux	- Contrats de droit public d'un an renouvelable
10) Fiscalité (TVA, impôt sur les sociétés, taxe professionnelle)		- Soumis à l'impôt sur le revenu (imposition des membres) - Ni taxe à la valeur ajoutée (TVA) pour les activités exonérées de ses adhérents ni taxe professionnelle (cf. Groupement d'intérêt économique (GIE)) - membres soumis à l'impôt sur le revenu	- Le GIP peut être soumis à l'impôt sur les sociétés dans la mesure où il exerce une activité lucrative.
11) Evolution		- Tout avenant à la convention constitutive fait l'objet d'une approbation et d'une publication dans des conditions identiques. - Dissolution.	- Les voies d'exécution et procédures de liquidation judiciaire ne s'appliquent pas aux personnes publiques telles que le GIP ; en cas de dissolution, la dévolution des biens relevant du domaine public échappe aux statuts

ANNEXE 3
SUPPORT JURIDIQUE POSSIBLE POUR UN RESEAU DE SANTE
FICHE DE SYNTHESE GIE Juin 2005

Caractéristiques		Cadre réglementaire		Commentaires et conseils
1) Cadre juridique		-Ordonnance n°67-821 du 23 sept. 67 -Loi n° 89-377 du 13 juin 1989 -Avis du Conseil d'Etat, section sociale, 1 ^{er} - août 1995, n° 358 047.		-Le GIE peut être titulaire d'autorisations d'équipements lourds -Le GIE n'est pas titulaire d'autorisation d'activité de soins
2) Objet		-Selon l'ordonnance, « le but du groupement est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité ; Son activité doit se rattacher à l'activité économique de ses membres et ne peut avoir qu'un caractère auxiliaire par rapport à celle-ci »		Risque : un GIE peut être requalifié en société de fait s'il réalise des actes de commerce et des bénéfices pour lui-même. Fonctionnement souple qui convient au secteur privé, notamment au partenariat des médecins libéraux. N'étant pas titulaire d'autorisation d'activité de soins, il ne peut donc en constituer le cadre.
3) Forme		-Personne morale de droit privée, civile ou commerciale, selon son objet.		Durée limitée (moins de 99 ans)
4) Membres		-Personne morale ou physique, publique ou privée		-Selon le Conseil d'Etat, il ne peut être constitué uniquement d'établissements publics de santé (EPS) ; incertitude sur le GIE réunissant des EPS et des ES Privés assurant le SPH.
5) Formalités constitutives		-Contrat constitutif soumis à délibération du CA des EPS ou accord de l'organe compétent pour les membres privés. -Dépôt des statuts au greffe du tribunal de commerce et immatriculation au RCS. -Règlement intérieur facultatif		-pas d'approbation préalable de l'Etat (préfet ou DARH) lors de sa création, cependant, il est recommandé de prendre l'avis de autorités régionales.

Caractéristiques		Cadre réglementaire	Commentaires et conseils
6) Organisation / Administration		- Assemblée générale (AG). - Un ou plusieurs administrateurs (personnes physiques ou personnes morales).	- Les modalités de représentation, de convocation et de délibération au sein de l'assemblée générale sont déterminées par les statuts
7) Ressources		- Constitution avec ou sans capital et/ou participations des membres aux charges d'exploitation - Financement par ses membres au prorata des prestations effectuées par le GIE pour chacun des membres.	- Le GIE est responsable sur ses fonds propres mais les membres contribuent indéfiniment et solidairement à sa dette sans prise en compte de leurs droits statutaires, sauf exceptions prévues. Possibilité pour les membres, notamment personnes physiques, de protéger leurs patrimoines propres par regroupement et/ou constitution d'une société <i>ad hoc</i>. - Responsabilité des administrateurs, notamment en cas de faute de gestion. (art. L. 624-3 du code de commerce)
8) Contrôle		- Comptabilité privée : - contrôle de gestion - contrôle des comptes - contrôle des membres. - chambre régionale des comptes si financements publics	- Aucun contrôle administratif propre, ni lors de sa création (cf. Formalités constitutives), ni au cours de son fonctionnement.
9) Statut employeur		- Salariés propres de droit privé; fonctionnaires mis à disposition ou détachés si l'objet du groupement l'autorise (intérêt général)	- Le recrutement par le GIE est possible en raison, mais dans le cadre indiquée au point 7 : ressources
10) Fiscalité (TVA, impôt sur les sociétés, taxe professionnelle)		- Assujetti à l'impôt sur le revenu (imposition des membres à hauteur de leur participation, selon leur propre régime fiscal). - Pas de TVA pour les activités exonérées. Taxe professionnelle si exercice d'une activité lucrative.	- Les services rendus à ses membres peuvent bénéficier de l'exonération de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) dans les conditions fixées à l'article 261 B du CGI.
11) Evolution		- Dissolution de plein droit (à échéance, réalisation ou extinction de son objet), sur décision judiciaire ou de ses membres. - Liquidation et dévolution des biens selon statuts.	

ANNEXE 4
SUPPORT JURIDIQUE POSSIBLE POUR UN RESEAU DE SANTE
FICHE DE SYNTHESE GCS Juin 2005

Caractéristiques		Cadre réglementaire	Commentaires et conseils
1) Cadre juridique		- Articles L.6133-1 à L.6133-6 (Ordonnance du 4 septembre 2003) et R.713-3-1 à R.713-3-21 du code de la santé publique (CSP). - loi n° 2004-806 du 9/08/2004 relative à la politique de santé publique (art 26, 27, 141) - loi n° 2004-1485 du 30/12/2004 de finances rectificative pour 2005 (art.55 et 97) ;	-Un décret en Conseil d'Etat relatif au fonctionnement général des GCS, deux décrets simples concernant des mesures spécifiques, en préparation.. -les textes publiés permettent dores et déjà la constitution d'un GCS.
2) Objet		- Permettre les interventions communes des membres et de leurs salariés. - Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun. - Exercer les missions d'un établissement de santé. - Constituer un réseau de santé (L.6321-2 du CSP). -L'objet du CGS est à but non lucratif.	- La réalisation ou la gestion des équipements d'intérêt commun peut conduire le GCS à détenir des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activité de soins mentionnés à l'art. L.6122-1 du code de la santé publique (CSP). - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (DARH) pourra autoriser un GCS à exercer les missions d'un établissement de santé ou à exploiter l'autorisation sanitaire (L.6122-1 s. du CSP) détenue par l'un des membres. - Cependant, l'ordonnance du 4 septembre 2003 précise qu'en tout état de cause, le GCS « n'est pas un établissement de santé » (L. 6133-1 du CSP).
3) Forme		-Personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics ou d'établissements ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux membres à titre individuel. -Personne morale de droit privé, lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes privées. -Droit d'option dans les autres cas	- Le libre choix, lorsqu'il est possible, de la nature de la personnalité morale du GCS est susceptible de lever les réticences du secteur public à l'égard du secteur privé ou inversement.
4) Membres		- Etablissements de santé, établissements médicaux, professionnels médicaux libéraux (mentionnés à l'article L.4111-1 du CSP). - Autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins par autorisation du DARH. - Professionnels médicaux libéraux associés.	- Au moins un membre du GCS doit être établissement de santé, sauf pour le GCS constituant un réseau de santé pour lequel un tel membre n'est pas obligatoire (art. L.6133-4 du CSP). - Ce sont les membres du réseau qui composent le GCS - Les médecins libéraux ayant un contrat d'exercice avec un établissement de santé privé ne peuvent déroger aux engagements souscrits avec celui-ci en devenant membres du GCS.

Caractéristiques	Cadre réglementaire	Commentaires et conseils
5) Formalités constitutives	- Convention constitutive devant être approuvée et publiée par le DARH. - Règlement intérieur obligatoire relatif à son fonctionnement	- Actuellement cette publication s'effectue au Bulletin Officiel (BO). Dans le cadre du projet de décret, publication au recueil des actes administratifs de la région.
6) Organisation et Administration	- L'assemblée générale (AG) des membres du CGS est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement. Elle peut donner délégation à l'administrateur dans les matières autres que celles qui lui sont expressément dévolues. - Un administrateur, élu pour un mandat de trois ans non renouvelable et révocable à tout moment par l'AG, prépare et exécute ses décisions, représente et engage le groupement à l'extérieur, assure l'exécution du budget.	- Les modalités de représentation, de convocation et de délibération au sein de l'AG sont profondément modifiées dans le projet de décret ; le mandat de l'administrateur pourra être renouvelable et une indemnité forfaitaire s'ajoutera aux indemnités de missions s'il exerce une activité libérale.
7) Ressources	- Constitution avec ou sans capital et/ou participations des membres aux charges d'exploitation, notamment : 1° Financement par ses membres dans le cas où le GCS est utilisé comme outil de coopération pour la mise en commun des ressources nécessaires à l'exercice d'une mission 2° Financement des GCS autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé, selon des modalités particulières définies par décret en CE (T2A pour les activités MCO) 3° Les réseaux de santé constitués en GCS conservent leur propre mode de financement : bénéfice de financements publics tels que la dotation nationale de développement des réseaux...	- Le GCS est responsable sur ses fonds propres mais les membres contribuent indéfiniment à sa dette proportionnellement à leurs droits statutaires. - Les médecins libéraux assurant une activité au sein du GCS peuvent être rémunérés par le groupement de coopération sanitaire et conservent leur statut libéral - Les membres sont responsables de la gestion du GCS proportionnellement à leurs apports et participations.

Caractéristiques		Cadre réglementaire	Commentaires et conseils
8) Contrôle		- Comptabilité privée et commissaire aux comptes, sauf choix de la comptabilité publique et de l'agent comptable lorsqu'un établissement public de santé est membre	-Pour le contrôle ab initio, voir la rubrique « Formalités constitutives ». - Dans le cadre projet de décret, le régime de contrôle des comptes dépendra de la nature publique ou privée de la personnalité morale du GCS ; de plus, le DARH exercera un contrôle administratif de légalité sur toutes les délibérations des GCS de droit public
9) Statut employeur		-Personnel propre ou personnel mis à disposition par les membres.	-Pour le personnel à statut, mise à disposition ou détachement. -Pour le personnel de droit privé, renvoi à leur contrat de travail et à leur convention collective.
10) Fiscalité (taxe sur la valeur ajoutée(TVA), impôt sur les sociétés (IS), taxe professionnelle)		-Deux mesures dans le cadre de la loi de finances rectificative pour 2005 (Art.55 et 97) 1° Imposition des bénéfices du GCS : application au GCS - soit du régime fiscal des sociétés de personnes, chacun des membres est passible, pour la part des excédents correspondant à ses droits dans le GCS selon les modalités qui lui sont propres, l'impôt sur le revenu, ou l'impôt sur les sociétés s'il s'agit d'une personne morale relevant de cet impôt ; - soit du régime des sociétés commerciales, les GCS pouvant opter pour l'assujettissement direct des bénéfices à l'impôt sur les sociétés ; 2° possibilité, pour les collectivités locales, d'exonérer le GCS de la taxe foncière sur les propriétés bâties affectées aux activités médicales exercées par les GCS comptant parmi leurs membres au moins un organisme public, dès lors que les immeubles appartiennent à des établissements participant au service public hospitalier En matière de TVA, le GCS obéit aux règles de droit commun et peut se trouver en situation d'être hors du champ d'application, taxable ou exonéré. Il est soumis à la TP s'il exerce une activité lucrative	
11)Evolution		-adhésion, exclusion et retrait des membres ; tout avenant à la convention constitutive fait l'objet d'une approbation et d'une publication par le DARH dans des conditions identiques. Dissolution de plein droit (à échéance ou par retrait des membres constitutifs) ou sur décision de l'assemblée générale, notamment. -Liquidation et dévolution des biens selon statuts.	-Sa transformation en SIH, dès lors que l'évolution de sa composition le permet (R.713-3-8 du CSP), ne peut plus avoir lieu à compter du 1^{er} janvier 2005 (L. 6134-1, al. 2 du CSP)

ANNEXE 5
SUPPORT JURIDIQUE POSSIBLE POUR UN RESEAU DE SANTE
FICHE DE SYNTHESE ASSOCIATION Juin 2005

Caractéristiques		Cadre réglementaire	Commentaires et conseils
1) Cadre juridique		-Loi du 1^{er} juillet 1901 modifiée -Décret du 16 août 1901 -Avis du Conseil d'Etat, section sociale, 1^{er} août 1995, n° 358 047.(cf. www.conseil-etat.fr/avis90/358047.pdf)	- Objet nécessairement non lucratif - La loi n°2004 – 1343 du 9 décembre 2004 <i>de simplification du droit</i> (art.10-1-2) habilite le gouvernement à conférer, par voie d'ordonnance et dans un délai de 9 mois, le régime des associations concernant les libéralités (dons et legs) qui leur sont faites, les modalités de déclaration constitutive en préfecture et leurs obligations comptables.
2) Objet		Article 1 de la loi du 1er Juillet 1901 modifiée, régissant les associations : « <i>L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle est régie quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicable aux contrats et obligations.</i> »	
3) Forme		-Personne morale de droit privé	Cette forme privée ne doit pas constituer un démembrement de la personne publique ni un moyen pour elle de contourner les règles de droit public qui lui sont propres, à peine de nullité, gestion de fait et responsabilité. Cette formule associe des personnes physiques et morales de statut différent. Dans ce cadre, les principes spécifiques aux personnes morales de droit public doivent bien évidemment être respectés¹. - discrimination possible par type de membres (membres d'honneur fondateurs, ...) si dispositions statutaires spécifiques -prévoir des représentants d'usagers - la liberté d'association est plus délicate pour les personnes publiques : leur adhésion doit s'assurer de la conformité de leur mission à l'objet de l'association.
4) Membres		- Personnes physiques ou morales de droit privé ou public	

¹ Un avis du Conseil d'Etat a rappelé qu'un Etablissement Public de Santé peut recourir à l'association sous réserve qu'il **ne lui délègue aucune de ses missions essentielles de service public** ». WWW.conseil-etat.fr

5) Formalités constitutives	- Procédure de la déclaration préalable par dépôt des statuts et composition du bureau en préfecture pour immatriculation - Publicité au JO éd. Association La forme des organes de gestion est libre.	- Procédure extrêmement simple - Possibilité de solliciter la reconnaissance d'utilité publique par décret en Conseil d'Etat (<i>faire un lien avec le site préfectures</i>), la procédure est lourde et complexe
6) Organisation et Administration		- Les statuts types proposés par les préfectures prévoient généralement une assemblée générale, organe « souverain » de l'association, un conseil d'administration et un bureau. - La création d'un conseil scientifique est possible. - le règlement intérieur facultatif - Les salariés ne peuvent représenter plus du 1/4 des membres du conseil d'administration
7) Ressources	- Pas de capital, mais acquisition patrimoniale possible - Cotisations des adhérents, subventions publiques et privées, et autres ressources autorisées par la loi.	- Les statuts doivent prévoir toutes les ressources autorisées par la loi. -- - Toute association peut recevoir des dons manuels et des subventions publiques mais seules les associations reconnues d'utilité publique peuvent bénéficier de donations (notariées) et de legs. - L'association est responsable sur ses fonds propres et les membres ne sont en principe pas tenus aux dettes. Possible responsabilité des dirigeants, de droit ou de fait, en cas de faute de gestion (art. L624-3 du code de commerce)
8) Contrôle des ressources	Principe de comptabilité privée Elaboration bilan et compte de résultat Approbation des comptes par l'assemblée générale Commissaire aux comptes obligatoire si ressources publiques > 150 000 € Contraintes spécifiques si mobilisation de fonds majoritairement publics.	- Contrôle possible de la Chambre Régionale des Comptes en cas de financement public (> 150 000 €). - en tout état de cause, le recours à un commissaire au compte est recommandé si les ressources sont inférieures à 150 000 € - Possibilité d'un contrôle de l'IGAS : = si appel à la générosité publique = si l'association est reconnue d'utilité publique - La tenue d'une comptabilité analytique est souhaitable.
9) Statut employeur	- Possible, mais les salariés ne doivent pas être administrateurs de droit ou de fait. A défaut, requalification fiscale envisageable (critère de « gestion désintéressée ») - Personnel mis à disposition ou détaché	- Les salariés de l'association relèvent du droit privé - Détachement de fonctionnaires plus délicat (sauf si association déclarée d'intérêt général ou reconnaissance d'utilité publique) - Idem pour conventions de mise à disposition - Rétribution des administrateurs admise si son montant global reste inférieur aux 3/4 du SMIC (261-7-1°-d CGI)
10) Fiscalité (TVA, impôt sur les sociétés, taxe professionnelle)	- Assujettie à l'impôt sur les sociétés à taux réduit (206-5 du CGI, si l'activité est non lucrative)	- Critères d'appréciation de l'activité non/lucrative par l'administration fiscale : Gestion désintéressée ou non (261-7-1°-d CGI) / Concurrence avec le secteur commercial (261-7-1°-b CGI) / Similitudes avec la gestion du secteur commercial (Utilité sociale : Produit – Public – Prix – Publicité)
11) Evolution	- adhésion, exclusion et retrait des membres, dissolution et absorption par une nouvelle structure dont l'objet est compatible.	- Complexe et soumis aux droits de mutation

ANNEXE 6
RECAPITULATIF DES DIFFERENTS SUPPORTS DE GESTION
PREVUS POUR LES RESEAUX DE SANTE Juin 2005

Nature Juridique	Avantages	Inconvénients	Observations
Association	- Simplicité et rapidité de constitution - Toute personne, morale ou physique, publique ou privée peut y adhérer - Personnalité morale pleine et entière de droit privé - Souplesse des règles de fonctionnement - Les membres ne sont pas tenus aux dettes sociales	- Difficultés de mise en œuvre d'un contrôle par l'Etat - Problème de l'affectation des biens à la liquidation - Les subventions versées par les membres n'ouvrent pas de droits sur l'actif	- La souplesse de cette formule explique qu'elle soit actuellement la plus utilisée pour la constitution d'un réseau de santé - Le recours à un commissaire aux comptes est fortement recommandé, quel que soit le niveau du financement public.
Groupe de coopération sanitaire	- Structure permettant le regroupement de personnes physiques et morales de droit public et privé - Obligation de préciser : - objectifs et des moyens mis en œuvre - définition très précise du rôle de chacun - Transparence financière	- R relative complexité de la procédure et du fonctionnement - le GCS est approuvé par le directeur de l'ARH tandis que la décision de financer un réseau résulte d'une décision conjointe des directeurs de l'ARH et de l'URCAM	-Le GCS est un excellent outil pour une coopération déjà bien aboutie.
Groupe d'intérêt économique	- Absence d'intervention de l'Etat (Préfet ou DARE) lors de sa création et au cours de son fonctionnement, contrairement aux GIP et GCS - délai de création rapide - structure adaptée au partenariat avec les médecins libéraux	- risques liés à la solidarité indéfinie et illimitée des membres - durée déterminée - risque de requalification : un GIE réalisant des actes de commerce et des bénéfices pour lui-même peut être requalifié en société de fait	-La solidarité des membres est un réel handicap
Groupe d'intérêt public	- Structure qui favorise la coopération entre les secteurs publics et privés autour d'un projet précis dans un cadre largement inspiré du droit public - les membres sont responsables des dettes du GIP à proportion de leurs droits	- Ouvert aux personnes morales de droit public et /ou de droit privé, mais pas aux personnes physiques - La durée et l'objet du GIP sont limités - délai de constitution long (12 mois environ) - L'hôpital public dispose de la majorité des voix à l'assemblée générale et au conseil d'administration - Interventionnisme administratif (présence d'un commissaire du gouvernement avec droit de veto)	- Forte suprématie des intérêts publics. - L'impossibilité faite aux personnes privées d'adhérer à un GIP est difficilement avec les principes fondateurs d'un réseau de santé

ANNEXE 7

Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé, en application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique et des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et des décrets n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Bureau 03
Direction de la sécurité sociale

NOR : SANH0230614C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 (art. 36), codifiée aux articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale ;

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (art. 84), codifiée aux articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique ;

Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professionnels de santé libéraux et les organismes d'assurance maladie ;

Décret n° 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 (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) ;

Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux ;

Décret n° 2002-793 du 3 mai 2002 relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé délivrant des soins palliatifs à domicile pris pour l'application de l'article L. 162-1-10 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 30 avril 2002 portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour 2002.

Texte abrogé : circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux qu'elle annule et remplace.

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution), Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales), Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des unions régionales des caisses d'assurance maladie et des caisses générales de sécurité sociale (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs de CPAM ; Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses régionales d'assurance maladie ; Mesdames et Messieurs les médecins-conseils régionaux ; Monsieur le médecin-conseil chef de service de la Réunion (pour information) Selon les termes de la loi du 4 mars 2002, les réseaux de santé ont pour objet « de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires... »

Ils sont ainsi interdisciplinaires et multiprofessionnels, centrés sur le patient dont ils assurent une prise en charge adaptée à ses besoins tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

Les réseaux de santé contribuent à l'évolution de notre système de santé, qui doit être moins cloisonné et s'ouvrir à la coopération et à la complémentarité entre structures sanitaires, établissements de santé publics et privés, secteur libéral et structures médico-sociales et sociales.

Les lois précitées ont posé le fondement de leur encadrement juridique, leur organisation, leurs financements : la présente circulaire en précise les modalités de mise en œuvre.

Deux axes opérationnels la structurent :

- ? les principes généraux communs aux réseaux : structuration et organisation, coordination, système d'information, qualité et évaluation, financement ;
- ? l'instruction régionale : dispositif commun d'instruction, modalités d'organisation de la décision conjointe ARH/URCAM de financement sur la dotation régionale de développement des réseaux.

I. - UN CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE RÉNOVÉ ET SIMPLIFIÉ

Les nouvelles dispositions législatives et réglementaires reconnaissent et définissent les réseaux de santé d'une part, simplifient et modifient les procédures administratives et financières applicables d'autre part. Ainsi les procédures d'agrément des réseaux de soins par les ARH ou des réseaux de soins expérimentaux « SOUBIE » par le ministère sont supprimées, mais les financements acquis à ce titre sont poursuivis jusqu'à échéance.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins (art. 84) a introduit au sein du code de la santé publique l'article L. 6321-1 qui donne une définition unique et souple des « réseaux de santé » et se substitue à l'ancien article L. 6121-5 relatif aux réseaux de soins. Le décret d'application fixe les critères de qualité ainsi que les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation auxquels les réseaux doivent satisfaire pour bénéficier de financements publics.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (art. 36) introduit de nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale, articles L. 162-43 à L. 162-46, qui créent au sein de l'ONDAM une enveloppe financière mixte ville/hôpital et clinique, champs sanitaire/médico-social et social, spécifiquement dédiée aux réseaux ; le montant de cette dotation nationale de développement des réseaux est fixé et réparti chaque année entre les régions par arrêté ministériel. Le décret d'application du 25 octobre 2002 précise les modalités minimales communes relatives à l'instruction préalable et à la décision conjointe.

II. - DES PRINCIPES GÉNÉRAUX COMMUNS

Pour bénéficier de financements publics, les réseaux de santé doivent s'inscrire dans le cadre des priorités de santé publique et des orientations régionales en matière sanitaire, médico-sociale et sociale ; des priorités de santé publique et s'intégrer dans les orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire et médico-sociaux ; ils répondent à un besoin de santé identifié, dans une aire géographique définie, pour une pathologie et/ou des pathologies et/ou une population déterminée.

A. - La structuration générale des réseaux et la coordination

Organisés autour du patient, les réseaux en assurent une prise en charge sanitaire et médico-sociale globale et continue, qui associe la ville et l'hôpital.

« Constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers », les réseaux de santé formalisent leur mode de coordination.

Pour pouvoir bénéficier de financements publics, conformément à la loi, ils doivent formaliser également leurs objectifs, leurs modes d'organisation, et de fonctionnement et d'évaluation suivant des modalités décrites dans le décret d'application de la loi droit des malades, et en garantir la transparence.

Les réseaux sont organisés et formalisés

Les réseaux de santé définissent leurs objectifs et font connaître les principes selon lesquels leur action est mise en œuvre pour les atteindre. Des documents contractuels, définis dans le décret précité, sont indispensables nécessaires à leur formalisation :

- ? document d'information à destination des patients, signé par le patient, sa famille ou son entourage lors d'une prise en charge personnalisée individualisée ;
- ? charte qualité du réseau cosignée par chacun des acteurs ;
- ? convention constitutive.

Les droits du patient sont garantis

Toute personne a le libre choix d'entrer ou de sortir d'un réseau. Conformément à la loi, toute personne prise en charge par un réseau de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ; toutefois, « deux ou plusieurs professionnels peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible » (art. 3 de la loi droits des malades).

Les réseaux sont structurés

Si la personnalité morale du réseau n'est pas une obligation légale, la création d'une structure juridique adaptée et librement choisie (association, groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique, groupement de coopération sanitaire...) permettra de donner un support à la gestion et au financement du réseau et d'apporter des garanties juridiques minimales aux financeurs. Un règlement intérieur peut venir compléter ce dispositif et préciser les modalités de fonctionnement.

La coordination constitue le fondement essentiel du réseau

La coordination administrative est assurée par un coordonnateur identifié, voire une cellule de coordination qui constitue l'équipe de référence à l'intérieur comme à l'extérieur du réseau. A partir des référentiels de pratiques interdisciplinaires élaborés par les professionnels de santé, elle organise la concertation entre les différents intervenants (réunions de travail transversales, mise en place d'actions pluridisciplinaires de prévention et formation). Elle est aussi l'interlocutrice des institutions et partenaires extérieurs au réseau.

La coordination médicale nécessite au sein de l'équipe des professionnels de santé intervenant dans le réseau la désignation d'un médecin coordonnateur (ou d'une cellule de coordination) ; celui-ci organise l'accueil du nouveau patient, définit dans la continuité sa trajectoire, et assure son orientation au sein du réseau à chaque étape de sa prise en charge. Il assure l'échange d'informations entre les intervenants et l'étude partagée des cas.

Cette coordination médico-administrative peut être assurée par les mêmes personnes.

B. - Le système d'information

Un des enjeux majeurs de la coordination est la mise en œuvre d'un système d'information, permettant la transmission d'informations de nature médicale et administrative entre les professionnels de santé concernant la prise en charge globale du patient, dès lors qu'il a donné son consentement et désigné les professionnels qu'il autorise à accéder à ces informations.

Les modalités d'accès, d'échange, de partage et d'archivage des informations pour l'ensemble des partenaires du réseau dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité sont précisées dans la charte du réseau. Les procédures d'accès doivent être sécurisées. Les conditions d'utilisation et d'archivage des informations nominatives relatives aux patients doivent être

prévues notamment pour ce qui concerne la dissolution du réseau ou lorsqu'un professionnel ou un malade quittent le réseau.

La CNIL doit avoir donné son accord sur l'utilisation des applications. Il est recommandé que les différents systèmes d'information informatisés utilisés au sein d'un réseau soient interopérables ; l'ARH et l'URCAM favoriseront l'utilisation par les réseaux, au sein de leur région, d'une même norme d'échange.

C. - Qualité et évaluation

S'inscrivant dans une démarche d'amélioration de la prise en charge, les réseaux proposent à leurs membres un dispositif et une démarche qualité et s'engagent à procéder à leur évaluation.

La qualité des services et prestations du réseau est garantie :

- ? les professionnels s'engagent au sein de la charte du réseau, dans le respect des règles déontologiques applicables, à suivre les recommandations de bonnes pratiques et mettre en commun référentiels et protocoles ; ils participent à des formations interprofessionnelles et pluridisciplinaires au travail en réseau, à des actions de prévention et à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
- ? ils garantissent également le respect des droits des malades, leur droit à l'information, leurs droits en termes de protection des données individuelles. Ils précisent le système d'information choisi tant pour le traitement des données médicales que pour l'évaluation.

Les actions menées sont évaluées

Le promoteur du réseau définit, à partir de l'analyse des besoins sanitaires constatés, pathologies ou problèmes de santé spécifiques, et compte tenu de l'organisation des soins proposée dans l'aire géographique considérée, la liste des objectifs à atteindre et les résultats escomptés ainsi que les modalités d'évaluation de ces résultats.

L'évaluation portera notamment sur les processus de prise en charge médicale et médico-sociale, les processus organisationnels, les coûts correspondants et confrontera les résultats observés aux objectifs attendus.

Les professionnels du réseau s'engagent, afin de vérifier le respect des objectifs de ce dernier, à assurer le suivi de son activité tout au long de son développement. Dans le cadre du réseau, les professionnels de santé engageront également une démarche d'auto-évaluation.

En fonction de l'importance du projet, les dispositions suivantes pourront être adoptées pour mener à bien cette évaluation :

- ? le réseau pourra organiser en son sein une cellule spécifique d'évaluation comprenant éventuellement des membres venus de structures extérieures et des experts en évaluation ;
- ? les ARH et les URCAM pourront proposer des outils élaborés en commun, à partir de référentiels prédéfinis ;

- ? les ARH et les URCAM pourront demander au promoteur l'intervention d'un prestataire extérieur.

Cette évaluation du réseau est ainsi structurée :

- ? au plus tard le 31 mars de chaque année, le promoteur du réseau transmet aux différents financeurs un rapport d'activité relatif à l'année précédente, qui précise les résultats obtenus au regard des objectifs initiaux ;
- ? tous les trois ans, ou au plus tard trois mois avant le terme de la décision de financement prévue à l'article R. 162-63, un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau est également produit et transmis. Ce rapport fait notamment état des modalités de financement global du réseau retraçant l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

D. - Le financement

Les réseaux de santé doivent être assurés de pouvoir poursuivre leurs missions par des financements stables, dès lors que l'ARH et l'URCAM font le constat qu'ils répondent à des besoins de santé et que leur action est utile. Ils ont la possibilité d'avoir recours simultanément à des sources de financement multiples :

- ? financements pluriannuels sur crédits de l'assurance maladie (notamment au sein de l'ONDAM), subventions de l'Etat et des collectivités territoriales;
- ? financements conjoncturels sur le fonds d'aide à la qualité des soins de ville géré par l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé libéraux (prise en charge des études préalables, des évaluations et des aides au démarrage - investissement, fonctionnement - pour la première voire, la seconde année de fonctionnement des réseaux).

Ces financements publics ne sont pas exclusifs d'autres financements, à condition que la participation financière directe ou indirecte à l'activité d'un réseau ne soit pas utilisée à des fins de promotion et de publicité et que les règles déontologiques soient respectées.

Afin de pouvoir bénéficier de ces ressources, les réseaux présentent un plan de financement comportant un budget prévisionnel, en fonctionnement et en investissement, en recettes et en dépenses. Dans le cadre de la décision de financement sur la dotation régionale qui peut porter sur trois ans, le budget pluriannuel se décompose en budgets annuels, présentés chaque année.

Les documents budgétaires précisent :

- ? les frais de structure qui comprennent la rémunération des professionnels hors champ conventionnel (diététiciens, psychologues, assistants sociaux...);
- ? le nombre prévisionnel de professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans le réseau et le volume prévisionnel de leurs interventions ainsi que les propositions de tarifs dérogatoires à la nomenclature correspondants, en distinguant par nature d'intervention ;
- ? les dérogations aux prestations légales en faveur des patients.

Les réseaux de soins « SOUBIE » sont autorisés à mener leur expérimentation jusqu'au terme de la période autorisée par la loi et à bénéficier des financements acquis (dérogations tarifaires) sur le risque et des financements acquis au titre

d'autres sources (FAQSV, collectivités territoriales...). A la fin de cette période, le résultat de l'évaluation de leurs structure et actions servira de support à la décision de poursuivre leur financement sur la nouvelle enveloppe « réseaux ».

S'agissant de la prise en charge des soins palliatifs à domicile, la rémunération des professionnels libéraux exerçant dans le cadre d'une équipe de soins à domicile, dès lors que des dispositions conventionnelles seront mises en œuvre, sera financée sur le risque assurance maladie conformément à la loi n° 99-947 du 9 juin 1999, y compris lorsque les professionnels de l'équipe de soins palliatifs interviennent à domicile au sein d'un réseau. Les membres de l'équipe ainsi rémunérés bénéficient en revanche des actions de formation et d'évaluation proposées par le réseau et financés sur l'enveloppe.

La rémunération des professionnels par des forfaits en application de l'article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale permet d'encourager l'engagement des professionnels à participer à « des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins ». Ce dispositif n'est pas réservé à des réseaux spécifiques mais a une portée générale pour l'ensemble des professionnels de la ville intervenant dans le cadre des réseaux de santé.

III. - LES MODALITÉS D'ORGANISATION DANS LES RÉGIONS

A. - Un dispositif d'instruction commun aux différents financeurs autour de l'ARH-URCAM

Pour simplifier les démarches, éviter au promoteur d'avoir une multiplicité d'interlocuteurs et aider les financeurs potentiels à prendre leur décision, la mise en place d'une structure régionale de coordination sous forme de « guichet unique » qui organise l'ensemble de la procédure d'examen des projets et demandes de financements des réseaux est recommandée :

- ? un secrétariat technique, commun à l'ARH et à l'URCAM, permet de recevoir, pendant au moins deux périodes prédéterminées dans l'année, les projets de réseaux sollicitant un financement et d'en assurer, le cas échéant, une instruction coordonnée avec les autres financeurs publics. Il enregistre les dossiers, se prononce sur leur recevabilité (dossier déclaré complet), reçoit le promoteur, et lui apporte, le cas échéant, un appui méthodologique ; il analyse les projets en sollicitant les diverses institutions représentant l'assurance maladie et les services de l'Etat, leurs experts respectifs, notamment médicaux, ainsi que les représentants des collectivités territoriales éventuellement financeurs ; il peut faire appel à d'autres experts médico-administratifs et auditeurs préalablement formés ;
- ? le secrétariat technique peut organiser la consultation des représentants des professionnels de santé libéraux et hospitaliers ainsi que des fédérations d'établissements concernés, des élus éventuellement cofinanceurs et des représentants des usagers, sur les projets de réseaux finalisés. Cette concertation peut avoir lieu au sein d'un comité régional des réseaux lorsqu'un tel comité est constitué. L'avis du comité est consultatif et technique et peut constituer ainsi une aide à la décision des financeurs sollicités. Le comité est informé du suivi et de l'évaluation du plan régional des réseaux de santé.

B. - Modalités d'organisation de la décision de financer un réseau sur la dotation régionale

La décision de financer un réseau sur la dotation régionale de développement des réseaux (issue de l'enveloppe créée au sein de l'ONDAM) est prise conjointement par le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM concernés ; déconcentrée, elle est donc prise au plus près des préoccupations régionales, dans le cadre des orientations relatives au développement des réseaux proposées chaque année par les directeurs, pour délibération respective, à la commission exécutive de l'ARH et au conseil d'administration de l'URCAM concernée. Elle devrait ainsi faciliter l'émergence d'initiatives locales adaptées aux besoins.

La prise de décision

Une convention conclue dans chaque région entre le directeur de l'ARH et de l'URCAM définit les conditions de l'instruction conjointe des demandes de financement.

La décision conjointe de financer le réseau est prise dans les quatre mois à partir de la réception d'un dossier complet (enregistré à sa réception), indiquant nécessairement les modalités par lesquelles acteurs du réseau et patients manifestent leur volonté de participer au réseau ainsi que les modalités prévues de suivi des dépenses. Elle ne peut porter sur une période supérieure à trois ans. Elle est publiée et notifiée à son promoteur et comprend le numéro d'identification du réseau attribué par l'ARH (suivant des modalités définies en annexe), le silence gardé pendant plus de quatre mois valant rejet.

Les modalités d'imputation sur la dotation régionale

S'agissant des modalités de prise en charge des dépenses des réseaux, l'article L. 162-45 du CSS précise que « la décision peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. »

Les dépenses qui peuvent être imputées sur la dotation régionale de développement des réseaux sont les dépenses liées aux frais de fonctionnement du réseau (notamment la rémunération des membres de la cellule de coordination, y compris du salaire du coordonnateur), aux actions collectives de prévention (hors financement par les FNPEIS ou FNASS ad hoc, aux formations pluridisciplinaires au travail en réseau (hors formation continue des professionnels concernés qui relève du cadre conventionnel ad hoc), la rémunération des prestations des professionnels hors champ conventionnel, les dérogations aux prestations légales au bénéfice des assurés ou des professionnels de santé (non prévues par les conventions).

Lorsque l'engagement de financer le réseau est pluriannuel, le montant du financement est calculé annuellement. Au terme de chaque année du financement autorisé, le budget prévisionnel de l'année suivante doit être soumis à l'approbation du directeur de l'URCAM et de l'ARH pour bénéficier et ajuster, le cas échéant, le versement annuel suivant à la baisse comme à la hausse. Dans ce dernier cas, la hausse doit être limitée au budget pluriannuel initialement accordé.

La décision conjointe prend en compte pour chaque nouveau projet le montant

de l'enveloppe disponible après imputation des dotations résultant des décisions antérieures.

Les modalités de versement du financement accordé

Lorsqu'un financement est accordé sur la dotation régionale de développement des réseaux c'est la décision de financement qui détermine les modalités de versement ainsi que sa périodicité (échéances de paiement).

Une attention particulière doit être apportée au respect de l'enveloppe disponible, ce qui conduit à avoir une vision globale de l'ensemble des charges qui seront imputées sur cette enveloppe en termes de fonctionnement et d'activité des professionnels.

La décision favorisera le versement d'une dotation globale couvrant l'ensemble des dépenses inscrites au budget, y compris la rémunération des professionnels libéraux, imputées sur la dotation régionale des réseaux.

Le versement sera effectué par la CPAM dans la circonscription de laquelle le réseau a son siège, la CPAM prenant le rôle de « caisse pivot ». Toutefois, par convention entre les régimes, le paiement correspondant peut être assuré par une caisse relevant d'un autre régime.

La répartition entre les régimes s'effectuera selon les modalités applicables pour la répartition de la dotation hospitalière pour l'année considérée.

Lorsque des dérogations sont versées par le réseau aux professionnels de santé libéraux ou que des prises en charge dérogatoires sont accordées aux patients, un dispositif de suivi est établi par le promoteur avec la CPAM afin de suivre les dépenses correspondantes.

S'agissant de la rémunération des professionnels de santé intervenant dans le réseau, elle peut néanmoins être payée directement au professionnel concerné sous forme forfaitaire, tant que des dispositions conventionnelles n'ont pas prévu de rémunérations spécifiques.

Dès lors que des dispositions conventionnelles auront prévu des rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux participant aux réseaux de santé, ces rémunérations seront imputées sur le compte risque de l'assurance maladie, s'agissant de prestations de droit commun. Ce transfert impliquera que les montants des forfaits versés aux professionnels ne pourront en aucun cas être différents de ceux définis dans les annexes tarifaires des conventions.

IV. - RELATIONS ENTRE LES RÉGIONS ET LES INSTANCES NATIONALES

Chaque année, les directeurs de l'ARH et de l'URCAM élaborent une synthèse régionale des rapports d'activité et d'évaluation des réseaux qui leur sont adressés ainsi que de la consommation de la dotation régionale de développement des réseaux, et récapitulent les dérogations et dépenses financées à ce titre.

Ces documents de synthèse sont transmis à la commission exécutive de l'ARH et au conseil d'administration de l'URCAM concernés ainsi qu'au ministre chargé de

la santé (DHOS) et communiqués aux caisses nationales d'assurance maladie pour un suivi national.

V. - DISPOSITIONS TRANSITOIRES POUR LA FIN 2002

La parution des différents textes permet dès maintenant de notifier aux réseaux dont les dossiers sont prêts et opérationnels les moyens financiers leur permettant de mener d'ores et déjà leurs actions. Les CPAM sont en mesure de verser les montants prévus dans l'arrêté portant notification de la décision conjointe ARH/URCAM, à condition que la notification leur parvienne au plus tard le 23 décembre et précise le numéro d'identification du réseau, les modalités de versement et les échéances de paiement dès l'exercice 2002.

S'agissant des réseaux relevant du dispositif « SOUBIE », l'amendement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 permet de poursuivre les financements sur les bases déjà acquises. En conséquence, le relais de ces financements n'a pas à être assuré dès maintenant sur la dotation régionale des réseaux.

Conclusion

L'ensemble des dispositifs législatifs et réglementaires et la présente circulaire doivent permettre aux partenaires régionaux de répondre aux besoins de santé publique par une approche coordonnée des dispositifs et faciliter le développement des réseaux, en appuyant les initiatives des promoteurs qui apportent une vraie valeur ajoutée pour le patient.

Des annexes viendront compléter cette circulaire dans les prochains mois afin de proposer des outils adaptables localement, d'aide au montage d'un projet de réseau, à l'instruction et à la décision à partir de la mutualisation des expériences ainsi valorisées : « quatre page » régional d'informations générales et pratiques sur les réseaux, guide pour l'instruction et l'évaluation, guide du promoteur, modèles-type...

ANNEXE 8
ARRÊTE DU 15 DECEMBRE 2005 DETERMINANT LA DNDR POUR 2005

23 décembre 2005

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 48 sur 144

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 15 décembre 2005 modifiant l'arrêté du 9 mai 2005 portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour l'année 2005

NOR : SANH0524594A

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-43 ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 314-3 ;

Vu la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, notamment l'article 42 ;

Vu l'arrêté du 9 mai 2005 portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour l'année 2005,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'article 3 de l'arrêté du 9 mai 2005 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le montant limitatif de la dotation régionale de développement des réseaux pour 2005 est fixé à ce jour comme suit :

RÉGIONS	MONTANTS (euros)
Alsace.....	2 984 567
Aquitaine.....	7 414 905
Auvergne.....	3 944 390
Bourgogne.....	4 561 083
Bretagne.....	7 208 364
Centre.....	4 155 023
Champagne-Ardenne.....	2 706 420
Corse.....	1 167 441
Franche-Comté.....	4 320 000
Ile-de-France.....	21 748 373
Languedoc-Roussillon.....	4 818 153
Limousin.....	2 731 880
Lorraine.....	3 796 139
Midi-Pyrénées.....	8 327 034
Nord - Pas-de-Calais.....	9 156 726
Basse-Normandie.....	2 714 921
Haute-Normandie.....	4 091 538
Pays de la Loire.....	7 669 479
Picardie.....	3 150 156
Poitou-Charentes.....	4 106 034
PACA.....	10 210 995
Rhône-Alpes.....	12 361 575
Guadeloupe.....	2 956 219
Guyane.....	944 872
Martinique.....	1 762 264
Réunion.....	1 890 650
Total.....	140 889 171

Art. 2. – L'article 5 de l'arrêté du 9 mai 2005 susvisé est abrogé.

Art. 3. – Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 15 décembre 2005.

ANNEXE 9

CHARTRE DES RESEAUX DE SANTE

La santé est un état de bien-être et d'équilibre physique, mental et social. Elle ne consiste pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmités. Etre en bonne santé, c'est pouvoir faire face aux difficultés de la vie.

(Cette définition est inspirée de la définition proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé).

OBJECTIFS D'UN RESEAU

Le travail d'un réseau de santé a pour but un accompagnement global et cohérent des personnes, en vue de l'amélioration de leur santé, réalisé par les différents intervenants médico-psycho-sociaux et les bénévoles. Cette dynamique coopérative doit s'effectuer quel que soit l'acteur initial, sanitaire ou social choisi par la personne et ne vise pas à créer une nouvelle structure.

Les acteurs du réseau construisent des pratiques coordonnées qui assurent la continuité et la cohérence de l'accompagnement sanitaire et social et favorisent la participation des personnes à cette démarche.

Le travail en réseau réunit des acteurs des institutions sanitaires et sociales, des associations intervenant dans les champs médicaux et sociaux ainsi que les bénévoles intervenant dans le même domaine.

Le réseau est ouvert aux acteurs des institutions et des associations relevant d'autres champs (éducatif, judiciaire, culturel...) qui œuvrent pour la santé des populations et qui peuvent y participer pour des actions spécifiques les concernant.

Usagers, professionnels et bénévoles participent ensemble à la définition des priorités pour développer une démarche de promotion de la santé qui réponde aux besoins de la population et des individus.

VALEURS ET ENGAGEMENTS

La personne est au cœur des préoccupations des acteurs de réseaux

Toute personne a droit à des soins de qualité sans discrimination aucune.

Toute personne dispose d'un droit inaliénable à la confidentialité des éléments qui concernent sa situation sanitaire, psychologique, sociale et sa vie privée.

Toute personne qui s'adresse à un membre du réseau est informé que celui-ci ne travaille pas seul, et qu'il pourra, dans le traitement de sa situation, éventuellement l'orienter vers d'autres acteurs. La collaboration des professionnels et des bénévoles est soumise à l'accord de la personne concernée. Les acteurs du réseau doivent permettre le libre choix de la personne, par une information complète et loyale.

Ils ont conscience du savoir expérientiel de la personne c'est à dire de ses propres capacités à améliorer sa situation sanitaire.

L'entourage de la personne, si celle-ci est d'accord, est partie prenante du travail en réseau.

Pour les acteurs des réseaux, le travail en réseau est une démarche volontaire et implique l'adhésion aux principes fondateurs suivants :

- le respect de la dignité de la personne au travers notamment de son adhésion au traitement et à la démarche médico-sociale
- une attention pour faciliter son accès aux soins et aux droits sociaux
- une vigilance accrue sur la circulation des informations relatives aux personnes et sur les modalités précises qui garantissent la confidentialité,
- le respect mutuel entre professionnels et bénévoles sans hiérarchie de statut,
- l'acceptation d'une coordination des soins,
- le partage d'expériences et la confrontation des pratiques,
- l'engagement à faire évoluer sa propre pratique et à œuvrer pour la modification des pratiques en général, y compris pour les actions de santé publique et de prévention,
- le décroisement institutionnel par des pratiques pluridisciplinaires et interinstitutionnelles,
- la capacité à repérer les dysfonctionnements et à les faire évoluer.

Les acteurs du réseau s'engagent à respecter ces principes.

Ils s'engagent à ne pas utiliser le réseau à des fins commerciales.

Les institutions, les associations et les établissements s'engagent à donner les moyens à leurs professionnels de respecter ces engagements.

METHODE

Différents moyens sont mis en œuvre afin d'assurer cette démarche :

- la coordination des différents intervenants auprès de la personne et auprès des différents acteurs pour les aider dans leur travail quotidien,
- la formation pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle : formations thématiques, formations aux nouvelles pratiques,
- les groupes ressources internes au réseau, groupes de travail et groupes de parole,
- la communication interne et externe, par un bulletin régulier et des rencontres permettant une réflexion globale,
- la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé avec les professionnels, les bénévoles et les personnes intéressées,
- la mise en place d'outils d'information et de centres de ressources permettant, à travers des supports documentaires et des échanges d'expériences, la capitalisation des savoir-faire ainsi que la mutualisation des moyens.

L'ensemble des acteurs du réseau adhère à cette charte.

ANNEXE 10

LES EXTERNALITES DES RESEAUX

Les « externalités de réseau » ou « retombées de réseau » ont un rôle prédominant qui a été étudié comme l'une des caractéristiques les plus marquantes des industries de haute technologie apparues ces dernières années.

En termes simples, un produit dégage des externalités de réseau si sa valeur pour chaque utilisateur augmente avec le nombre de clients qui s'en servent. L'exemple classique est celui du téléphone. En effet, le téléphone n'a pas beaucoup d'intérêt si vous êtes le seul à vous en servir dans un pays ! Plus il y a de personnes qui en ont un, plus celui-ci aura d'utilité pour vous.

Les externalités de réseaux induisent deux effets opposés sur le choix des consommateurs :

📞 Effet d'entraînement qui pousse à imiter

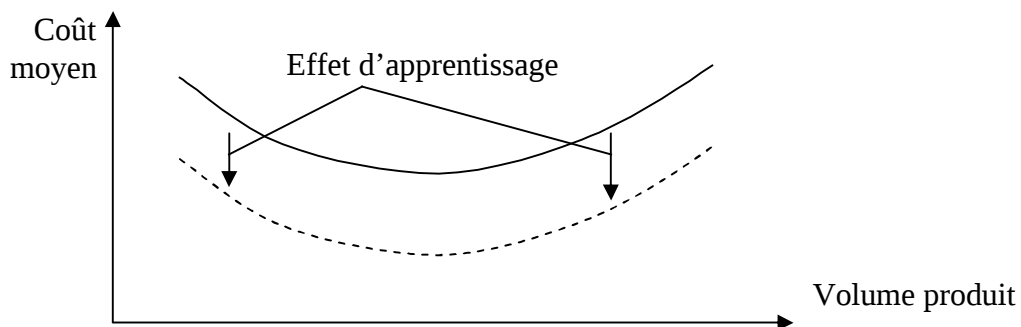
📞 Effet de snobisme qui pousse à se différencier

Dans le cas de réseaux de santé, l'effet d'entraînement prime à la fois pour les patients qui reconnaissent leur qualité de prise en charge et pour les professionnels volontaires qui apprécient leur mode de fonctionnement.

La croissance du nombre d'utilisateur (patients et professionnels) induit deux effets :

Les rendements croissants par l'usage :

📞 L'apprentissage par l'usage (ROSENBERG 1982)



Le réseau par la réalisation des complémentarités offre les conditions d'un apprentissage de type :

- 📞 allocation des ressources : transmission et mise en commun des connaissances
- 📞 création des ressources : création de compétences nouvelles par les processus de spécialisation et de diffusion des connaissances.

Ainsi le réseau présente :

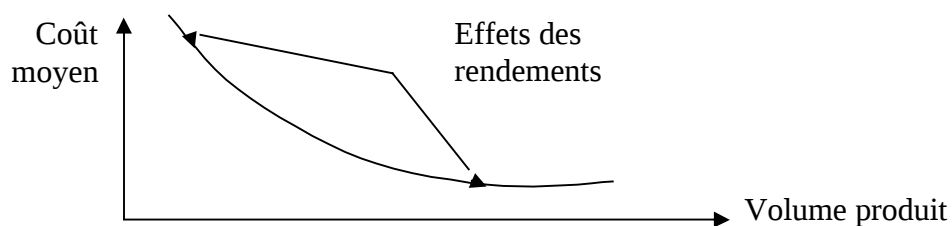
- 📞 la condition fondamentale de l'émergence des bonnes pratiques
- 📞 la structure favorisant leur diffusion

Le réseau comme club de producteurs animés d'une conception commune de la qualité qui se traduit par l'appropriation et la diffusion d'un ensemble de règles de bonnes pratiques implicites ou explicites, présente un avantage face aux moyens impersonnels de diffusion (formation, distribution de documents),

car les apports directs entre professionnels semblent favoriser l'implantation de normes¹.

Ce savoir commun² permet de réduire l'incertitude sur les décisions de ceux avec qui l'on travaille (professionnels de santé mais aussi tiers payeurs, responsables de santé publique, agences régionales de l'hospitalisation, hiérarchie administratives des établissements).

Les économies d'échelles

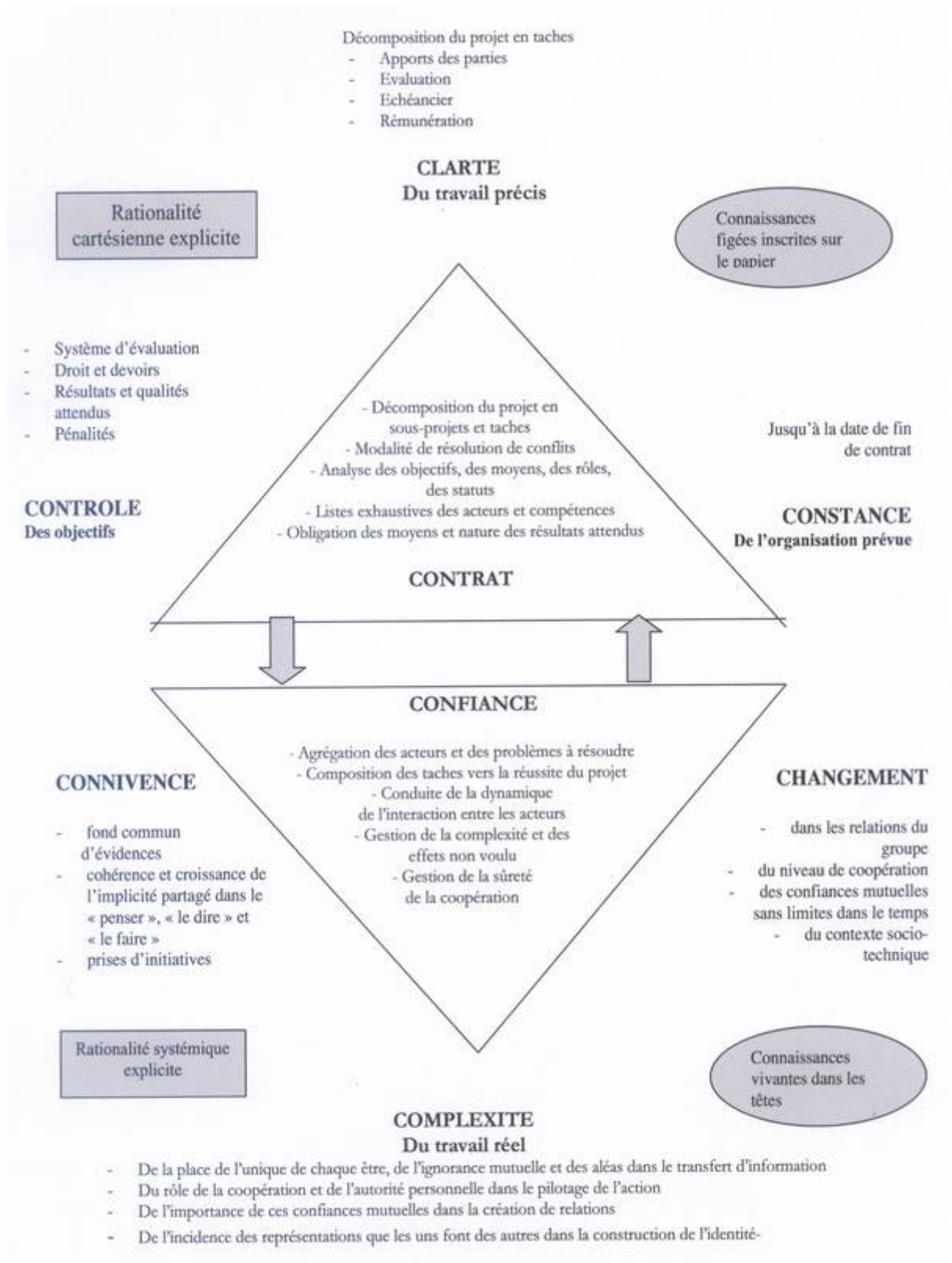


Lorsqu'il existe des économies d'échelle dans la production (par exemple, une structure de coûts typiquement caractérisée par des coûts fixes élevés et des coûts marginaux faibles), les effets de réseau accentuent la dynamique du marché : plus la taille du réseau augmente, plus la demande croît, réduisant le coût unitaire de production, et potentiellement les prix ; ce qui accroît encore la demande.

¹ WEIL.C, 1994 et DURIEUX.P, 1998, cités par NAIDITCH.M, BOURGUEIL.Y, GRIGNON.M, « Apports potentiels de réseaux dans l'évolution des systèmes de soins », Perspectives soignantes, n°9, décembre 2000.

² CREMER.J, 1990, cité par NAIDITCH.M, BOURGUEIL.Y, GRIGNON.M, « Apports potentiels de réseaux dans l'évolution des systèmes de soins », Perspectives soignantes, n°9, décembre 2000.

ANNEXE 11
SCHEMATISATION DE LA COMPLEMENTARITE CONTRAT CONFIANCE
SELON WEIL.T, DURIEUX.F, « La gestion de l'innovation en réseau ».



ANNEXE 12

LES 10 ROLES DU CADRE SELON MINTZBERG TRANPOSES AU COORDINATEUR DE RESEAU

	ROLES	DESCRIPTION	ACTIVITES IDENTIFIABLES
LIES A LA DECISION	Entrepreneur	Recherche des opportunités dans l'environnement et le réseau, prend en charge la formalisation de « projets d'améliorations » ou d'élargissement du champ des activités du réseau.	Sessions consacrées à l'examen de la situation et à l'élaboration de la stratégie, conception de projets, de dossiers de demande de financements. Conduite de réunions administratives et professionnelles.
	Négociateur	Négociation de toutes les décisions importantes, afin de disposer de ressources suffisantes et de participer à la gestion de la flexibilité du réseau.	Participation aux réunions administratives et professionnelles, rencontre et enrôle de nouveaux partenaires éventuels.
	Régulateur	Responsable des actions correctives qu'il faut prendre lorsque le réseau fait face à des perturbations importantes et inattendues.	Sessions consacrées au traitement des perturbations et des crises.
	Répartiteur de ressources	Responsable de la coordination de toutes les sortes de ressources du réseau. Programmation et planification.	Gestion des fonds, demandes d'autorisation, toute activité touchant au budget et à la programmation du travail des adhérents.
LIES A L'INFORMATION	Observateur actif	Cherche et reçoit une grande variété d'informations pour développer une compréhension approfondie du réseau et de l'environnement, émerge comme le centre nerveux de l'information interne et externe du réseau.	Gérer le courrier et tous les contacts ayant trait à l'information.
	Diffuseur	Transmet aux membres les informations reçues des tutelles, de personnes extérieures ou d'autres adhérents. Transmet les connaissances sur des faits ou sur des pratiques. Organise et planifie la formation.	Faire suivre les diverses informations dans le réseau ou aux adhérents concernés, conseil, transmission écrite ou verbale aux membres. Lien avec l'extérieur pour faire comprendre et connaître les activités du réseau.
	Porte-parole	Transmet aux tutelles des informations sur les projets, les valeurs, les actions, les résultats etc... du réseau. Expert dans le domaine d'activité de l'organisation et de la coordination.	Commission de coordination, traitement du courrier et des contacts concernant la transmission d'information, compte-rendu de réunions... Présentation et soutien des projets du réseau devant des commissions de financeurs.
INTER PERSONNELS	Symbole	Représentant symbolique : remplit un certain nombre de devoirs routiniers de nature légale ou sociale.	Cérémonies, sollicitations, représentations...
	Leader	Responsable de la motivation et de l'activation des adhérents, responsable de la formation, etc....	Pratiquement toutes les activités du cadre impliquant les adhérents.
	Agent de liaison	Entretient et dynamise les relations entre les adhérents et avec les tutelles, maintient les relations de partenariat.	Accuser réception du courrier, participer à la commission de coordination, à des réunions de régulation, autres activités impliquant des personnes externes. Relances téléphoniques.

ANNEXE 13

COORDONNEES DES LIEUX D'ENQUETE

RESEAU ILHUP

Thématique du projet : Soins infirmiers

Objectif : Former les infirmiers libéraux à des soins spécifiques et mettre en place une coordination entre services hospitaliers et infirmiers libéraux, pour accélérer le retour à domicile des patients.

Zone géographique : Bouches-du-Rhône, Var.

Montant du financement : 2 303 190 francs.

Année d'attribution du financement : 2000.

Contact promoteur : Cécile CHAUSSIGNAND - ILHUP - Hôtel Dieu - 6 place Daviel - 13002 Marseille - Tél. : 06 17 62 30 14.

RESEAU PACASEP

Thématique du projet : Sclérose en plaques

Objectif : Créer un réseau de prise en charge des patients atteints de sclérose en plaques.

Zone géographique : Région PACA.

Montant du financement : 427 098 euros.

Année d'attribution du financement : 2003.

Contact promoteur : Laurent SUCHET - PACASEP - Cabinet de neurologie - 17 rue Fortia - 13001 Marseille - Tél. : 04 91 54 83 41.

RESEAU MARSEILLE DIABETE

Thématique du projet : Diabète

Objectif : Améliorer la prise en charge des diabétiques de type 2.

Zone géographique : Marseille.

Montant du financement : 560 120,25 euros.

Année d'attribution du financement : 2003.

Contact promoteur : Vanessa MARCO – Marseille diabète – 215 Avenue du Prado 13008 Marseille Tél. : 06 63 66 26 56./ 06 10 62 58 27 Me MARCO

RESEAU SLA PACA OUEST

Thématique du projet : Sclérose latérale amyotrophique

Objectif : Améliorer la prise en charge en ville des patients atteints de Sla.

Zone géographique : Bouches-du-Rhône.

Montant du financement : 224 862,30 euros.

Année d'attribution du financement : 2001.

Contact promoteur : Docteur Dominique LARDILLIER-NOËL – SLA PACA OUEST – CHU La Timone - Service de neurologie et maladies neuromusculaires – 264 rue Saint Pierre – 13005 Marseille – Tél. : 04 91 49 67 11.
06 60 80 78 33

RESEAU RSP 13

Thématique du projet : Soins palliatifs

Objectif : Faciliter l'accès aux soins palliatifs pour toute personne dont l'état de santé le nécessite.

Zone géographique : Bouches-du-Rhône.

Montant du financement : 520 360 euros.

Année d'attribution du financement : 2004.

Contact promoteur : Nathalie CASILLAS – RESP 13 – Hôpital Saint Joseph – 26 boulevard de Louvain – 13285 Marseille Cedex 08.

ANNEXE 14

CONSTRUCTION DU GUIDE D'ENTRETIEN

THEME		SOUS THEME	OBJECTIF	QUESTIONS
COMMUNICATION		Types de communications	Déterminer le mode de communication qui permet la diffusion des bonnes pratiques soignantes	Comment organisez-vous la communication au sein du réseau notamment en ce qui concerne les bonnes pratiques soignantes ?
		Nature et fréquence des concertations	Définir les modalités de diffusion des bonnes pratiques soignantes	Comment sont organisées les réunions d'uniformisation des pratiques soignantes ? Que s'y passe-t-il ?
		Documentation de référence	Identifier la capitalisation des savoirs concernant les bonnes pratiques soignantes	Existe-t-il des documents de référence concernant les bonnes pratiques soignantes qui seraient à disposition de tous les adhérents ?
FORMATION		Types de formations	Identifier les modes de formations pratiquées au sein du réseau	Comment se déroule la formation au sein du réseau ?
		Organisation de la formation	Vérifier la présence d'un plan de formation dont l'objectif est l'uniformisation des bonnes pratiques soignantes	Selon quels objectifs organisez-vous la formation des membres du réseau ?
		Evaluation de la formation	Confirmer l'hypothèse selon laquelle la formation favorise la diffusion des bonnes pratiques soignantes	Comment vérifiez-vous l'application des bonnes pratiques soignantes exposées lors des différentes formations ?
DIFFUSION		Accueil d'un nouvel adhérent	Déterminer la procédure d'accueil et de mise à niveau du nouvel adhérent	Comment sont sélectionnés les nouveaux adhérents ?
		Communication hors réseau	Définir s'il existe un principe de diffusion des bonnes pratiques soignantes au delà du réseau	Vous arrive-t-il de participer à des formations externes qui pourraient constituer la base de la diffusion des bonnes pratiques soignantes au delà du réseau ?

ANNEXE 15

CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE

THEME	SOUS THEME	OBJECTIF	QUESTIONS
COMMUNICATION	Types de communications	Identifier le mode de communication qui permet la diffusion des bonnes pratiques soignantes	Comment êtes-vous informé(e) des protocoles de soins ? ☐ Réunions ☐ Formations ☐ Courrier ☐ Téléphone ☐ Communication informelle ☐ Documents
	Nature et fréquence des concertations	Définir les modalités de diffusion des bonnes pratiques soignantes	Participez-vous régulièrement à des réunions d'uniformisation des pratiques soignantes ? ☐ OUI ☐ NON
	Documentation de référence	Vérifier l'accès à de la documentation de référence	L'accès à des documents de référence concernant les bonnes pratiques soignantes est-il aisé ? ☐ OUI ☐ NON
APPRENTISSAGE	Formations	Identifier la fréquence des formations	Etes-vous régulièrement formé(e) aux bonnes pratiques soignantes ? ☐ OUI ☐ NON
	Apprentissages	Vérifier l'existence des différents types d'apprentissage au sein du réseau	Vous arrive-t-il d'adapter un protocole à des circonstances particulières ? ☐ OUI ☐ NON Vos remarques sont-elles prises en compte lors des réunions ? ☐ OUI ☐ NON Avez-vous déjà été à l'origine d'une modification de protocole de soins ? ☐ OUI ☐ NON
	Evaluation de la formation	Confirmer l'hypothèse selon laquelle la formation favorise la diffusion des bonnes pratiques soignantes	Vos pratiques sont-elles régulièrement évaluées ? ☐ OUI ☐ NON Y a t-il de gros écarts entre le travail prescrit et le réalisé ? ☐ OUI ☐ NON
DIFFUSION	Accueil d'un nouvel adhérent	Déterminer si l'appartenance au réseau apporte des nouvelles pratiques aux soignants	Avez-vous au moment de votre adhésion été formé(e) aux pratiques soignantes de votre réseau ? ☐ OUI ☐ NON Avez-vous changé de pratiques lors de votre adhésion au réseau ? ☐ OUI ☐ NON
	Communication hors réseau	Définir s'il existe un principe de diffusion des bonnes pratiques soignantes au delà du réseau	Vous arrive-t-il de former des personnes non adhérentes aux pratiques de votre réseau ? ☐ OUI ☐ NON

ANNEXE 16
LE QUESTIONNAIRE DIFFUSE

Dans le cadre de notre mémoire de fin d'études nous réalisons une enquête auprès de professionnels adhérents d'un réseau de santé et nous vous serions extrêmement reconnaissants de bien vouloir y répondre avec la plus grande honnêteté. Il est confidentiel et anonyme et seules des statistiques seront exploitées pour la rédaction du mémoire.
En vous remerciant.

NOM DU RESEAU :

PROFESSION :

- 1- Depuis combien de temps êtes-vous adhérent ?.....
2- Comment êtes-vous informé(e) des protocoles de soins ?

☐ Réunions ☐ Formations ☐ Courrier ☐ Téléphone
☐ Communication informelle ☐ Documents

- 3- Participez-vous régulièrement à des réunions d'uniformisation des pratiques soignantes ? ☐ OUI ☐ NON

- 4- L'accès à des documents de référence concernant les bonnes pratiques soignantes est-il aisé ? ☐ OUI ☐ NON

- 5- Etes-vous régulièrement formé(e) aux bonnes pratiques soignantes ?
☐ OUI ☐ NON

- 6- Vous arrive-t-il d'adapter un protocole à des circonstances particulières ?
☐ OUI ☐ NON

- 7- Vos remarques sont-elles prises en compte lors des réunions ?
☐ OUI ☐ NON

- 8- Avez-vous déjà été à l'origine d'une modification de protocole de soins ?
☐ OUI ☐ NON

- 9- Vos pratiques sont-elles régulièrement évaluées ?
☐ OUI ☐ NON

- 10- Y a t-il de gros écarts entre le travail prescrit et le réalisé ?
☐ OUI ☐ NON

- 11- Avez-vous au moment de votre adhésion été formé(e) aux pratiques soignantes de votre réseau ? ☐ OUI ☐ NON

- 12- Avez-vous changé de pratiques lors de votre adhésion au réseau ?
☐ OUI ☐ NON

- 13- Vous arrive-t-il de former des personnes non adhérentes aux pratiques de votre réseau ? ☐ OUI ☐ NON

ANNEXE 17

RETRANSCRIPTION LITTERALE DES ENTRETIENS AVEC LES COORDINATEURS

ENTRETIEN N°1 : RESEAU ILHUP

1- Comment organisez-vous la communication au sein du réseau notamment en ce qui concerne les bonnes pratiques soignantes ?

La communication interne à la cellule de coordination du réseau ou bien la communication avec les partenaires ?

Parlez-moi des deux.

Il y a des infirmiers accompagnateurs qui sont chargés de tout ce qui concerne le travail avec les partenaires hospitaliers, tout ce qui concerne la prise en charge des patients. On fait appel à eux pour établir des protocoles de prise en charge communs aux professionnels hospitaliers et aux intervenants libéraux, pour construire des outils de communication lorsque les patients sortent du secteur hospitalier avec une prise en charge libérale. Ce sont eux qui participent aux groupes de travail pour déterminer les bonnes pratiques à appliquer selon le type de prise en charge. Puisque le réseau est axé essentiellement sur la prise en charge de tout ce qui est plaies et cicatrisation. Dans ce cadre là, l'utilisation des bonnes pratiques est standard, c'est-à-dire qu'il y a des guides de bonnes pratiques qui existent, on a repris à l'origine les référentiels et donc c'est ce qu'on diffuse à nos adhérents libéraux.

Sous quelle forme vous les diffusez ?

Orale.

Par réunion, de façon formelle ou informelle ?

Non c'est informel et c'est..., on ne fait pas de réunion là dessus, en fait on fait des informations directes quand il y a des prises en charges qui se présentent, c'est-à-dire que ponctuellement, quand il y a des services qui nous appellent pour faire sortir certains patients, on transmet les informations aux intervenants libéraux qui vont intervenir à domicile et on leur explique un petit peu les protocoles, ce qui va être fait, la façon dont il faut faire les choses s'ils ne connaissent pas déjà les procédures, on leur transmet des procédures.

En fonction du cas qu'ils vont avoir à traiter ?

Tout à fait. Maintenant c'est vrai qu'on organise des réunions, des informations qui sont l'occasion de débattre de la façon dont vont être pris en charge les patients. On organise aussi des réunions en soirée, les réunions de formation continue, dans lesquelles interviennent des médecins qui présentent des cas concrets de patients, qui parlent de thèmes particuliers donc par exemple la prise en charge des pansements pour les pieds diabétiques, voilà comment il faut faire, voilà ce qu'on voit, qu'est ce qui marche mieux, qu'est ce qui marche moins bien. Donc c'est aussi l'occasion de diffuser ce message aux libéraux.

2- Comment sont organisées les réunions d'uniformisation des pratiques soignantes (ou les réunions de régulation patient) ? Que s'y passe-t-il ? Il n'y en a pas.

3- Existe-t-il des documents de référence concernant les bonnes pratiques soignantes qui seraient à disposition de tous les adhérents ?

Alors, je ne veux pas vous dire de bêtise, moi je n'en ai pas vraiment connaissance, mais peut-être que les infirmiers connaissent des documents précis qui seraient à disposition et qui seraient par exemple édités par l'ANAES, c'est ce que vous pensez ?

Oui ou qui ont été élaborés dans le réseau.

Alors ceux qui ont été élaborés au sein du réseau sont à disposition de tous les intervenants bien sûr, alors quand ils en ont besoin de façon précise pour un patient en particulier on leur faxe ou on leur transmet par téléphone, ou ils peuvent faire appel à nous. Quand ils ont des besoins ou des demandes ponctuelles (ça n'est jamais arrivé) ils peuvent nous demander et à ce moment là on recherche si on l'a et on transmet.

4- Comment se déroule la formation au sein du réseau ?

Formation continue : réunions en soirée qui durent 2, 3 heures

Formation initiale : formation de 4 jours concernant les plaies et cicatrisation, de 3 jours concernant la douleur et de 2 jours concernant l'oncologie médicale et ces formations sont financées par le réseau. C'est à dire qu'ils s'inscrivent, ensuite quand on a de la place on les inscrit aux sessions et ensuite ils se rendent aux sessions de formation. Alors l'oncologie médicale ne dure que 2 jours car lorsque le cahier des charges a été effectué on a tenu compte du fait que les infirmiers devaient d'abord se former à la douleur et donc on a utilisé les pré-requis qui sont délivrés lors des formations douleur pour ne pas les répéter lors de formation sur l'oncologie.

5- Selon quels objectifs organisez-vous la formation des membres du réseau ?

La formation des professionnels adhérents au réseau. Les objectifs qui avaient été fait lors du cahier des charges lors de la construction du réseau, fait par Me LORENZATI qui était la coordinatrice du réseau à l'époque. En fait pour faire ce cahier des charges elle a demandé aux professionnels médicaux et paramédicaux, hospitaliers et libéraux, de faire des groupes de travail pour étudier justement quels sont les besoins au niveau régional concernant donc à l'époque c'était uniquement les plaies et la cicatrisation. Donc il a été fait la même chose pour la douleur et pour l'oncologie médicale. Donc quels étaient les besoins, c'est à dire en fait quels étaient les patients qui étaient susceptibles de rentrer à domicile avec des soins de pansement et qu'est ce qu'il fallait que les infirmiers en particulier, mais sinon les autres intervenants en général, sachent pour recevoir ces patients et avoir des soins de qualité. Donc ils ont établi ensemble un cahier des charges qui est plus complet que celui qui est délivré au niveau national par les organismes de formation, puisqu'il répond à des demandes régionales. Donc en fait ils ont établi 4 jours de formation, donc ce sont ces groupes de travail qui ont élaboré la formation.

Donc à l'entrée, une personne qui veut adhérer au réseau passe obligatoirement par ces 4 jours de formation...

Voilà.

Après vous arrive-t-il d'en virer certains s'ils ne répondent pas aux exigences ?

Ce qu'on fait, on demande aux infirmiers de faire systématiquement cette formation, c'est à dire qu'ils aient fait des formations de leur côté avant ou qu'ils sortent d'un établissement en ayant été formé, ils sont obligés de passer par cette formation-là qui est propre au réseau Ensuite, on ne contrôle pas leur activité propre et professionnelle au sein du domicile. Toutefois, s'il nous arrive d'avoir des retours de patients ou d'autres infirmiers, à ce moment-là on rentre en contact avec eux, on leur demande ce qui se passe, on fait une petite enquête, on leur demande si c'est un problème interne, si c'est un problème de relation avec le patient, on voit un petit peu comment ça se passe et puis bien sûr il arrive à tout le monde de faire des erreurs, d'être fatigué, etc..., donc à ce moment-là il n'y a pas de soucis, le problème c'est de s'entendre avec l'infirmier. S'il arrive que cette erreur se répète souvent, ça n'est jamais arrivé, à ce moment là je pense que ce qu'on fait c'est qu'on fait un petit courrier à l'infirmier pour lui proposer éventuellement s'il le désire de refaire une formation pour remettre un peu à jour ses connaissances, pour voir s'il y a des choses sur lesquelles il n'est pas trop au courant ou s'il a besoin de complément d'information et à ce moment-là il s'agit d'une entente avec l'infirmier, mais ça ne nous est jamais arrivé de virer des infirmiers parce qu'il y avait des soucis. Les soucis on essaye de les régler à l'amiable bien sûr. On n'est pas là non plus pour contrôler les infirmiers, on n'est pas un conseil de l'ordre.

Vous vous basez uniquement sur le retour des patients.

Tout à fait. On ne croit pas systématiquement uniquement le patient et on fait tomber le sabre. On fait une petite enquête, on voit avec l'infirmier ce qui s'est passé, parfois le son de cloche est différent bien sûr. Et après on adapte en fonction de ce qui s'est passé.

Nos formations apportent aux infirmiers des compléments sur des choses qu'ils ont normalement l'habitude de faire ou du moins ils savent à peu près comment ça se passe donc c'est vrai que ce ne sont pas des soins techniques où il faut avoir une seule façon de fonctionner et pas une autre sinon ça met en danger la vie du patient.

6- Comment vérifiez-vous l'application des bonnes pratiques soignantes exposées lors des différentes formations ?

On ne vérifie pas, ou seulement si on a un retour négatif. Si on n'en a pas on considère que tout s'est bien passé, attendu qu'on délivre toujours un certain cadre, un certain protocole de fonctionnement. Quand la prise en charge passe par nous parce quand la prise en charge se passe directement d'un service hospitalier à un infirmier libéral on n'a pas forcément de retour sauf si le patient nous appelle.

7- Comment sont sélectionnés les nouveaux adhérents ?

Le parcours de l'infirmier : il vient au réseau et il demande à faire une formation à ce moment là il n'est pas encore entré dans le réseau. Il peut s'il le souhaite adhérer à l'association qui gère les fonds du réseau et à ce moment là la formation lui est offerte. S'il n'adhère pas et c'est son choix il devra financer lui-même la formation. L'infirmier entre dans le réseau une fois qu'il a effectué sa première formation (cicatrisation ou douleur, il peut commencer par l'une ou par l'autre) et il signe une charte d'entrée dans le réseau dans laquelle il s'engage à respecter les protocoles les procédures des établissements hospitaliers à utiliser l'outil de communication qui sera délivré au patient à prendre en charge le

patient dans sa globalité c'est-à-dire que s'il y a un pansement et un nursing il doit prendre en charge la totalité des soins et il s'engage à se tenir à jour de ses formations au moins une fois par an. Pas de sélection à l'entrée. Tous ceux qui souhaitent et se former peuvent le faire. Simplement comme il y a beaucoup de liste d'attente il faut qu'ils attendent qu'une cession les accueille.

C'est sur la base du volontariat.

Tout à fait.

Est-ce un gage de qualité, une estampille sur le cabinet ?

Non parce que nous ne sommes pas les seuls à délivrer ce type de formation mais les infirmiers qui font la démarche de venir se former au réseau ont envie de travailler différemment mais cela ne veut pas dire qu'ils travaillent mieux.

Formation initiale de 4 jours puis au moins une fois par an une formation en soirée. On en délivre un certain nombre en 2005 une trentaine. Ils ont le choix du thème et valident ainsi la poursuite de leur adhésion au réseau

8- Vous arrive-t-il de participer à des formations externes qui pourraient constituer la base de la diffusion des bonnes pratiques soignantes au delà du réseau ?

Personnes qui viennent se former au réseau mais qui ne signent pas la charte. Il y a des personnes qui signent la charte qui veulent faire partie du réseau mais qui ne veulent pas recevoir des patients du réseau car par exemple ils sont associé avec une autre personne qui elle n'est pas du réseau. Ils ne peuvent pas certifier que le patient sera pris en charge totalement par des infirmiers du réseau puisque leur associé n'en fait pas partie. Ils veulent faire partie du réseau, recevoir le journal et faire les formations mais ne veulent pas prendre en charge des patients du réseau. Les gens qui se forment et qui ne font pas partie du réseau, il n'y en a pas pratiquement car cela ne les engage à rien de faire partie du réseau, ça ne leur donne pas un surcroît d'activité car ils ont le choix d'accepter ou pas les patients qu'on leur propose, s'ils sont pleins et c'est souvent le cas ils ne peuvent pas les accepter. En même temps tout ce que cela leur donne c'est de l'information et de la formation et ils bénéficient d'un infirmier accompagnateur au sein du réseau qui peut les aider dans leurs prises en charges ponctuelles en leur donnant soit des conseils soit leur obtenir des RDV un peu plus rapidement auprès des partenaires du réseau. En fait ils n'ont pas d'obligation et pas de contraintes.

Rôle coordinatrice :

Etablir des partenariats avec des services hospitaliers et de les entretenir, contacter les établissements de santé, prévoir avec eux quels sont leurs besoins en terme de patients, combien de patient ils veulent faire sortir à domicile et s'ils veulent les faire sortir de façon anticipée et s'ils ont des besoins de soins infirmiers

De mettre en place un outil de communication avec les services qui souhaitent travailler avec nous : dossier médical partagé, informations du libéral et du service hospitalier qui sont sensés suivre le patient lors de ses va et vient

Suivi régulier auprès de ces services en les appellent régulièrement pour voir combien de patients sont sortis, s'il ya eu des soucis, s'il y a eu des remontées, si la fiche a bien été diffusée, s'il y a des problèmes pour donner la fiche ou pour contacter les infirmiers

Mettre en place les formations : suivant les budgets on définit combien de formation quand sur quel lieu suivant les demandes des infirmiers libéraux qui se sont inscrits. On met en place les réunions de secteur (les formations en soirée) formation continue, fait avec des laboratoires et des prestataires de services qui financent leur soirée (locaux, buffet, intervenant) et nous on invite les infirmiers en échange, eux peuvent présenter leurs produits : c'est un partenariat

Le gros travail des infirmiers accompagnateur est de gérer tout ce qui est prise en charge. Souvent les établissements ou même les patients appellent le réseau pour trouver un infirmier sur tel secteur. On prend la liste des infirmiers formés du secteur on les contacte et on voit si il y en a un qui est à même de prendre le patient et on l'oriente vers le patient.

C'est une sorte de placement sans en être un puisque le patient reste chez lui. C'est un placement dans le planning des libéraux, on coordonne la sortie, on met en relation les intervenants et ça libère les cadres des services de cette charge de travail.

Normalement, la procédure à suivre c'est que le patient quand il n'a pas d'infirmier libéral (quand il en a un il le garde mais il bénéficie de l'outil de communication et on l'appelle pour lui fournir le protocole à suivre), il devrait recevoir la liste des infirmiers du réseau et choisir lui-même un infirmier sur cette liste, et pour faciliter leur démarche ils peuvent contacter le réseau qui fait la démarche pour lui.

Base du volontariat que les infirmiers s'inscrivent aux formations et c'est d'autant plus vrai que non seulement ces formations sont gratuites mais ils ne sont pas rémunérés pour le temps passé en formation, ils font les formations sur leur temps de repos. C'est vrai qu'ils sont volontaires. Il y a un taux de participation important. Au contraire des formations qu'ils peuvent faire dans le cadre du FIFPL pour lesquelles c'est l'organisme auprès duquel ils cotisent qui les rémunère ils ont droit à 7 jours de formation par an.

ENTRETIEN N°2 : RESEAU PACASEP

Il faudrait que les réseaux se fédèrent rapidement en instance nationale pour arriver à forcer les politiques à reconnaître le réseau. C'est ce qu'on est en train de faire avec la SEP, on est une bonne dizaine de réseau à se réunir deux fois par an pour faire des choses en commun.

Guerre entre les infirmiers libéraux et les réseaux hospitaliers style ILHUP, de quels droits ces réseaux prennent tous les patients en post-op ? C'est la même guerre qu'il y a entre les libéraux et les SIIAD ou le HAD, ils sont en train de tuer le libéral, puisque comme ils n'arrivent pas à imposer le fait que les nursings ne doivent plus être réalisés par les infirmiers en ville ils montent des SIIAD où ils embauchent une armada d'aides-soignantes ce qui revient beaucoup moins cher. Et comme c'est du salariat payé en plus par la sécu, ils peuvent faire ce qu'ils veulent avec, ils peuvent donner des directives, imposer les choses, alors que les libérales, c'est elles qui définissent leurs actes, leurs cotations, et si elles décident de coter 2 à 3 pour le soin du matin au lieu d'un et bien c'est elle qui décide il n'y a personne qui va venir vérifier. Il y a toute cette problématique là dans tous les sens. C'est bien plus compliqué parce que la santé coûte trop cher mais le coût prévisionnel de la santé ne va faire qu'augmenter parce qu'on a de plus en plus de malades, on les tue de moins en moins, les médicaments vont être de plus en plus chers et comment on fait ? Ayant déjà plus de 2 milliards de déficit par an comment on fait ? Il faut réduire sur ce qu'on peut réduire donc on

ferme de lits d'hôpitaux, en même temps on développe pas l'ambulatoire en se disant qu'il y aura moins d'hospitalisés en fermant les hôpitaux il y aura plus de morts donc ça réglerait le problème, on essaie de tuer le libéral sans le dire, on commence par les IDE parce que c'est plus facile à organiser, comme ça fait 10 ans qu'on leur dit qu'on ne veut plus qu'elles fassent de nursing, on les leur enlève pour les donner à des AS donc on va monter des SIIAD, à un niveau supérieur on crée des HAD, pour médicaliser à moindre prix des prises en charge à domicile, on les vire des maisons de retraite, c'est en train de se faire en ce moment parce que il n'y a pas de raison alors que le pensionnaire il n'a qu'à la payer son IDE via la maison de retraite, il n'y a pas de raison que la Sécu paye les nursing et les soins. Donc ça c'est en train de gagner et les IDE sont en première ligne, les kinés je ne sais pas comment ils vont faire. Ils sont en train de nous encadrer de plus en plus, ils sont en fait en train de faire un réseau géant avec la nouvelle convention le médecin sera un coordinateur au niveau de chaque patient. Pour l'instant il n'y a pas d'objectif financier demandé au médecin traitant comme en Angleterre mais un jour on pourra très bien dire bon ben écoutez, vous êtes médecin traitant de 1000 patients, donc on vous donne tant d'argent et c'est vous maintenant qui soignez tous ces patients avec cette enveloppe. Ca peut dériver là dessus. Là il y aurait une régression nette de la qualité.

1- Comment organisez-vous la communication au sein du réseau notamment en ce qui concerne les bonnes pratiques soignantes ?

Nous ce qu'on a décidé comme manière de faire c'est des réunions de formation sur des thèmes à priori choisis par des professionnels de santé. Puisque l'idée c'est qu'à la fin de chaque séance de formation on fait passer un questionnaire sur ce qu'il faudrait qu'on fasse la fois d'après en se disant comme ça on colle un peu mieux aux aspirations des gens et on n'est pas détaché de la réalité et de dire on fait une séance de formation donc ça débouche sur un référentiel avec la mise en application derrière. C'est un peu ce qu'on a essayé de faire pour cette année. Alors maintenant est-ce que ça va se faire ? Et on invite à la formation que des professionnels de santé qui à priori ont en charge un ou des patients pour ne pas tomber dans la science d'information qui n'est pas notre objectif. Ce sont des professionnels qu'on connaît, soit adhérents soit non adhérents qui sont susceptibles de prendre en charge des patients SEP. Psychologues, orthophonistes, kinés, IDE. Mais on se heurte à des choses comme quel est le rôle d'une IDE libérale dans la SEP, quand est-ce qu'elle intervient, elle intervient dans l'éducation du patient, sur quel cadre légal, il n'y en a aucun, puisque l'éducation du patient SEP n'est pas dans la nomenclature des IDE, elle intervient ensuite à un stade plus tardif dans le cadre du maintien à domicile, est ce qu'il y a des spécificités SEP, il n'y en a pas tant que ça, les soins réalisés ne sont pas très compliqués donc on ne fait pas des formations là dessus. Les kinés on a plus de choses à leur faire mais ce sera vite fait aussi dans l'absolu parce que c'est simplement leur rappeler les cours qu'ils ont eu pendant leur formation initiale. Donc on en fait rapidement le tour.

2- Comment sont organisées les réunions d'uniformisation des pratiques soignantes (ou les réunions de régulation patient) ? Que s'y passe-t-il ?

C'est un des objectif lointain, qu'on arrive à faire des réunions, soit chez le patient soit ailleurs, avec tous ses soignants habituels, son assistante sociale, ou un représentant de la mairie s'il y a un problème de domicile, de faire des réunions de synthèse de dossier, mais pour l'instant on ne peut pas, on n'a pas les éléments pour, 90% de notre prise en charge est psychologique. L'URCAM nous avait interdit de faire des déplacements à domicile parce que c'est de la prise en charge individuelle et que c'est interdit dans creps, alors comment on fait de l'éducation, on fait peut-être de l'éducation en groupe pour les diabétiques mais pour les SEP c'est pas possible. Donc notre IDE était bloquée, elle ne pouvait pas aller à domicile faire de l'éducation aux patients, elle recevait quelques patients ici pour de l'éducation, mais, c'est compliqué surtout qu'il y a les labos, les traitements qui sont tous injectables, qui ont mis en place pour la plupart des programmes de formation aux patients, avec des IDE rémunérées spécifiquement etc... Donc les neurologues ont cela pour concurrence, d'un côté un système qui marche, d'un côté des IDE qui ne connaissent pas bien, qui vont en plus qu'à Marseille, pour ceux qui sont ailleurs il n'y a pas grand chose. Notre IDE était bloquée. Au niveau des assistantes sociales, quand on a déposé le dossier, on nous a dit, il y a des assistantes sociales à peu près à tous les coins de rue, donc on ne vous donne pas d'argent pour financer un travailleur social, faites avec ce qui existe. Il y a beaucoup de questions sociales dans la SEP, les deux questions les plus fréquentes c'est psycho et social, dans le réseau, en France, dans la SEP. Sociale, on ne pouvait pas répondre, et donc il restait des psychologues, alors elle, elle a travaillé, elle faisait des bilans individuels, elle réalisait des prises en charge, soit par des psychiatres, soit par des psychologues, on a mis en place une consultation psychologique avancée à Gap, sur un cabinet de 3 neurologues qui suivent pas mal de SEP, donc elles y va 3 fois par mois notre infirmière pour voir des patients organiser le suivi sur place, avec un monitoring de la prise en charge etc... mais c'est surtout elle qui a bossé, on ne pouvait pas faire de réunion de synthèse avec uniquement la psychologue. Donc, on aimerait, sur des dossiers compliqués, faire comme font ceux qui sont sur des circuits autonomes, c'est ce qu'ils font mais eux ils ont une équipe qui est plus en interne donc c'est plus facile à rassembler, je sais qu'ils le font dans la région nord, ils ont une IDE par département, c'est pas la même organisation, une IDE par département qui va à domicile, qui fait un bilan, c'est ce qu'à commencé à faire la notre depuis un mois, un bilan large, qui reprend les problématiques infirmières, médicales générales, kinés, rééducation, les problématiques sociales, de revenus, des difficultés financières, l'aménagement du domicile etc... qui fait une revue complète et qui va essayer de dépatouiller un peu tout ça, tirer une ou deux sonnettes pour que ça avance un peu tout ça. Mais ça va être compliqué si on n'a pas des volets locaux parce que bon, elle est sur Marseille, il y a des patients sur Marseille, il y en a aussi un peu groupés dans le Var et elle va avec la psychologue une fois par moi à Gap, rencontrer les patients de Gap, pour faire de l'éducation, information commune, mais bon. On nous a dit montrez-nous que ça marche pour des patients sélectionnés à la limite, et si vous montrez que ça marche, on vous donnera peut-être de l'argent pour une IDE par département ou sur deux départements j'en sais rien. D'abord, montrez-nous que ça marche sur une sélection. Il y a 3000 patients SEP sur la région.

3- Existe-t-il des documents de référence concernant les bonnes pratiques soignantes qui seraient à disposition de tous les adhérents ?

Les référentiels sont élaborés après chaque réunion de formation, ils sont à disposition de tous les adhérents et on veut faire des référentiels interactifs. C'est à dire que l'adhérent soit obligé de s'en servir. Par exemple celui là c'est un référentiel direct, l'idée c'est de dire aux neurologues en les distribuant aux neurologues, quand vous prescrivez un scanner au patient, avec, vous mettez cette fiche et le radiologue, lui, il va la remplir, normalement, s'il est gentil, et il se trouve qu'en remplissant cette grille, d'un côté il fait une interprétation spécifique à la sclérose en plaque, ce qui est intéressant pour le radiologue lui-même qui la plupart du temps n'a pas de formation spécifique à la SEP, c'est un guide d'interprétation, il applique sans le savoir les critères de Barkoff, qu'il ne connaît pas et que beaucoup de neurologues qui ne s'intéressent pas spécifiquement à la SEP, ne connaissent pas non plus. Donc du coup, le radiologue peut en faire une photocopie si ça l'intéresse, pour organiser le suivi de ses dossiers, je ne suis pas sûr que ça se fasse beaucoup, et en tout cas il le rend au patient, qui vous le rend et comme ça vous savez tout de suite si les critères de Barkoff sont remplis ou pas. Ce sont des choses basiques, on a un projet de référentiel pour l'éducation du patient en traitement, à remettre à l'IDE, parce qu'actuellement lorsqu'on marque un traitement habituellement injectable, on marque aussi l'IDE libérale qui vient faire les piqûres, sachant que il n'y a pas trop de matériel qui sont des stylos injectables avec seringues pré-remplies, c'est très simple, donc elle a théoriquement plus le temps de dire aux gens comment ça se passe, ça c'est pas très compliqué. Moi, j'ai même fait faire des éducations en une séance par l'IDE ici. Là elle on le temps de le faire parce que le traitement dure un mois donc on a coutume de le mettre pendant un mois. Avec l'ordonnance, on va leur remettre le référentiel, pour l'IDE qui à la fois contiendra des conseils pratiques, pour le patient, pour éviter l'inflammation après l'injection, et qui en même temps elle devra cocher est ce que ça je l'ai fait, est ce que ça je l'ai fait. Donc d'une part elle se formera sur des choses spécifiques à ces produits là, d'autre part le patient au passage apprend des choses, que l'IDE ne connaissait pas mais qu'elle connaît techniquement en même temps que lui et on a un retour sur la qualité de ce qui a pu se faire. Donc on veut essayer de développer des référentiels de ce type. Parce que par expérience, l'utilisation du site internet, les référentiels ne sont pas utilisés, il n'y en a que très peu qui l'ont été en tout cas, si on doit les envoyer systématiquement à tout le monde par courrier, ça va coûter une fortune ça va partir à la poubelle, on le sait très bien ils ne seront pas appliqués. Donc on préfère passer par des choses qui rentrent dans la pratique de tous les jours, qu'on fait passer aux professionnels, pour qu'ils soient formés sans avoir l'impression d'être formé, pour qu'ils soient encadrés sans qu'ils aient l'impression d'être encadrés. Et pour que le professionnel s'aperçoive que finalement d'avoir un papier où tout est écrit, ben après il en fait une copie, il le garde quand le patient revient, il l'a dans son dossier et puis quand je fais une IRM un an après, j'ai le même document, je peux faire un comparatif, j'ai même plus besoin des clichés. Donc, j'espère qu'avec le temps, le problème c'est qu'il faut nous laisser le temps, le temps que les pratiques soient vraiment modifiées, que ça rentre dans les circuits et que petit à petit les collègues en discutant avec les collègues,..., le neurologue de salon qui n'aime pas les réseaux va discuter avec le neurologue d'Avignon qui l'utilise depuis un an et qui trouve ça génial, va se dire ha ben tiens, finalement un réseau ça sert à quelque chose, donc je vais y rentrer aussi. Parce qu'actuellement on a 39 neurologues inscrits, il y a 150

neurologues sur PACA, et sur les 39, il y en a 5 ou 10 qui sont vraiment actifs, les autres se sont inscrits pour s'inscrire quoi. C'est les problèmes de tous les groupes, il y a des leaders et il y a ceux qui essaient de suivre vaguement...

4- Comment se déroule la formation au sein du réseau ?

Eléments de réponse dans les autres questions.

5- Selon quels objectifs organisez-vous la formation des membres du réseau ? Eléments de réponse dans les autres questions.

6- Comment vérifiez-vous l'application des bonnes pratiques soignantes exposées lors des différentes formations ?

Il faudrait dans l'absolu que ces documents que l'on remet aux professionnels et qui sont des référentiels directement, on puisse en avoir un retour nous. Alors soit on en a un retour individuel, toujours avec un système de duplicage qui nous revient, soit après c'est par des questionnaires, auprès des patients et des soignants. C'est l'évaluation interne en fait. Il faudrait que par exemple si on se dit on est mi 2007, on sait qu'en 2006 on a mis en place tel et tel et tel référentiel, par un questionnaire de type annuel qu'on fait en interne, on met des questions concernant ces référentiels. Est-ce que le patient à l'impression que son professionnel en a utilisé ? Est-ce que le professionnel lui de son côté pense en avoir vraiment utilisé ? Sachant que c'est subjectif et la mémoire, la bonne ou mauvaise foi des uns et des autres, on préférerait avoir un truc qui nous revienne en temps réel mais bon, ça ferait un exemplaire de plus, un archivage de plus. Mais c'est le problème du retour, parce qu'en plus en arrière plan on se pose la question du rendement médico-économique d'un réseau, c'est à dire est-ce qu'en harmonisant les pratiques, en faisant des choses qui ne sont pas indispensables, est-ce qu'on améliore le coût de revient annuel du patient ? Et pour arriver à faire ça, à faire cette évaluation, il faudrait déjà qu'on sache ce que ça coûtait avant, donc il faudrait déjà faire une évaluation sur des patients et comment on la fait ? Théoriquement il faut un an pour la faire, si on veut faire une vraie évaluation qui soit prospective. Il faudrait dire à X médecins neurologues, remettre un questionnaire de suivi, qui permettrait de ressentir tout ce qui a été fait en actes médicaux, IDE, biologie, rééducation, tout ce qu'on veut, entre deux consultations. Pour pouvoir avoir un chiffrage déjà sans réseau et refaire la même chose mais pas un an après, 4, 5, 6 ans après sur des patients qui sont pris en charge dans le réseau. Et encore méthodologiquement ça voudrait dire que, globalement à la limite il faudrait prendre les mêmes patients, avant qu'ils soient dans le réseau et après parce que sinon comment on fait ? Il faut savoir quelle part des uns sont réseaux et les autres représentent l'institution, il faudrait faire un tirage au sort, avec tout ce que ça comporte comme côté aléatoire de suivi d'étude.

7- Comment sont sélectionnés les nouveaux adhérents ?

On a la sélection par le patient puisqu'on a développé depuis l'année dernière l'adhésion volontaire du patient. Au départ, on était assez restrictif, il fallait que

l'adhésion du patient passe par le soignant, on s'est aperçu vu l'intérêt et l'enthousiasme débordant que suscitait le réseau dans la région, que si on faisait comme ça on n'aurait jamais beaucoup de patients, donc on a créé l'adhésion spontanée, ce qui est quand même plus logique puisque le réseau est quand même centré sur le patient et pas sur le soignant. Si le soignant est obligatoirement le chaperon du patient, ça ne rime pas à grand chose. Et donc de toute façon quelle que soit la méthode, à l'entrée dans le réseau du patient, on lui fait remplir une fiche de liaison avec le nom de ses professionnels de santé et après on les démarché, pour savoir s'ils sont intéressés pour adhérer au réseau. De façon à passer d'abord par des soignants dont on sait qu'ils ont des patients SEP. On avait fait l'année dernière des séances d'information pures puisqu'on avait fait des mailings systématiques à toutes les IDE, tous les kinés, tous les orthophonistes, tous les psychiatres, tous les psychologues de PACA. En sachant très bien que très peu viendraient mais en se disant qu'ils ont reçu au moins une fois dans leur vie un courrier avec dedans un truc sur la formation qu'on organise à côté de chez eux mais avec en plus une lettre sur le réseau et ses cibles. En se disant, eh bien c'est rentré, un jour peut-être ils se rappelleront qu'il y a un réseau SEP qui existe, sans renouveler parce que ça coûte une fortune. En espérant que le bouche à oreille fonctionnera.

8- Vous arrive-t-il de participer à des formations externes qui pourraient constituer la base de la diffusion des bonnes pratiques soignantes au delà du réseau ?

Ca peut arriver parce qu'en fait on ne peut pas raisonner qu'en terme d'adhérents sinon il y a des réunions à 10. Parce que sur par exemple 50 psychologues on a à peu près 10% qui viennent, alors à ce moment là, ce n'est pas la peine d'organiser une formation, on se fait un restaurant c'est mieux. On essaie d'inviter des gens, on regarde à chaque fois, la secrétaire au fur et à mesure qu'on reçoit des nouveaux patients, tient à jour le listing des professionnels de santé qui ont des patients SEP, même s'ils ne sont pas adhérents et après on pioche là dedans. Donc ça fait un peu plus de monde, ils ne sont pas adhérents mais on les connaît, on sait qu'ils ont des patients, ça peut quand même les intéresser alors on profite de s'ils viennent ce jour là de leur proposer de signer l'adhésion qui est gratuite. L'unité de mesure officielle est le nombre d'adhérents qui a signé à la fois la convention constitutive et la charte. C'est ce qui fait le contrat d'adhésion en fait. Alors après si on raisonne avec des gens non adhérents on peut dire alors c'est n'importe quoi, eux ils ne sont pas adhérents mais même s'ils sont impliqués ils ne sont pas assujettis aux référentiels. Ce à quoi on répond que l'adhérent qui ne veut pas suivre le référentiel il s'enlève du réseau et point barre, il fait ce qu'il veut. Officiellement il faut être adhérent, avoir signé la charte, savoir qu'on s'engage à remplir le dossier médical s'il nous est présenté et à communiquer un exemplaire au réseau, à faire circuler les référentiels mais ils ne les font pas circuler, etc... On s'engage sur des choses. On n'est pas suffisamment au point pour surveiller cette activité. Le problème je pense c'est les réseaux c'est pas bien parce que c'est théoriquement dans le cadre de la loi uniquement un dispositif expérimental, voilà, ça n'a pas de valeur. D'ailleurs après la DRDR qui ne peut être renouvelée qu'une fois, donc 6 ans au total, il n'y a rien. Les premiers réseaux 6 ans de DRDR vont arriver en 2009 et on ne sait toujours pas comment ils vont vivre après, dans quel cadre réglementaire, avec quel argent, sous quelle forme, on n'en sait rien. Donc on nous demande de construire des trucs

compliqués, qui prennent du temps, qui sont ambitieux, sur du vent puisque ça reste un cadre expérimental. Et les gens savent, les soignants le savent, ils savent que pour l'instant le réseau, qu'il soit ou qu'il ne soit pas pour l'instant c'est pareil, ils sont payé pareil, on va rien leur dire de plus ou de moins. A part la minorité qui est impliquée dans une maladie parce que ça leur plaît, un réseau ils s'en moquent. Le plan cancer c'est autre chose, si on veut prendre en charge un patient ayant un cancer on est obligé d'être dans le réseau régional du cancer, point. Sinon, on n'a pas le droit, on n'est pas payé, on est non conventionné pour le cancer. C'est pas pareil, moi, j'en suis très peu des patients qui ont une tumeur cérébrale en libéral. Si un jour j'ai quelqu'un avec une tumeur cérébrale et que je veux suivre pour son épilepsie liée à la tumeur, ne serait-ce que ça, et bien je suis obligé d'adhérer au réseau cancer d'une manière ou d'une autre de ma région, sinon, je n'ai pas le droit, le patient n'est pas remboursé, c'est complètement différent. Peut-être un jour ils vont se dire c'est une bonne idée, on va faire pareil pour toutes les maladies, peut-être... Pour l'instant c'est pas le cas, donc nous sur quels arguments, autres que la persuasion, les relations amicales qu'on peut avoir avec les uns et les autres, on trouve pour faire fonctionner un réseau ? La seule manière durable c'est de leur montrer que, montrer au patient que c'est intéressant mais il en est déjà convaincu, et ensuite montrer aux professionnels de santé qu'ils ont intérêt à utiliser les outils du réseau pour travailler mieux et plus vite, pour se dégager d'un certain nombre de choses. Si les patients sélectionnent leurs soignants en fonction du fait que ceux-ci travaillent et fonctionnent avec des outils du réseau, ce sera à mon avis un mode d'entrée privilégié, si les patients ont un pouvoir de lobbying assez puissant auprès des soignants... Mais ça prend des années. Ce qui nous dessert c'est qu'il y a peu de patients, 3000 c'est pas beaucoup, il y a 10 millions d'habitants sur PACA... Par exemple le diabète, il y en a qui sont bien organisés, mais ce n'est pas pareil, c'est plus facile de trouver des patients motivés, des soignants motivés, prêts à s'impliquer dans une prise en charge. C'est là notre problématique.

ENTRETIEN N°3 : RESEAU MARSEILLE DIABETE

1- Comment organisez-vous la communication au sein du réseau notamment en ce qui concerne les bonnes pratiques soignantes ?

Par rapport aux professionnels, en général ce qu'on fait : on organise des petites soirées de formation qui constituent de la formation médicale continue, on essaie de les faire assez régulièrement, une fois par mois ou une fois tous les deux mois. Soit des formations pour les médecins, médecins spécialistes soit et on essaie de le faire de plus en plus des formations pluridisciplinaires (IDE, diététiciennes, podologues) puisque notre réseau fonctionne avec ces professionnels là pour le moment. Donc en général on fait des thèmes soit cardiovasculaire soit diabète pur soit néphrologie angiologie, tout ce qui tourne autour du diabète et de ses complications. On invite un spécialiste à faire un topo sur ses pratiques et après on enchaîne sur des discussions, avec des questions etc... Et après on enchaîne sur le réseau, si jamais on a des difficultés, on discute un peu de nos activités, on présente nos activités etc...

Nous avons un site internet pour les gens qui ne peuvent pas venir en formation, on met le résumé de chaque soirée en ligne, avec les bonnes pratiques qu'on met sur le site. On peut donc toucher un maximum de personnes. Peu de réponses directes par téléphone car la secrétaire a beaucoup de travail mais elle

peut envoyer par fax ou mail ou par courrier les renseignements demandés, il n'y a pas de soucis là dessus. On essaie de privilégier au maximum l'informatique parce que notre réseau tourne sur un dossier médical partagé internet et on essaie de faire le maximum de choses par internet, ce n'est pas évident selon la génération des professionnels.

Tableau de bord distribué au médecin quand il adhère au réseau qu'il met à jour régulièrement pour voir le calendrier de la prise en charge du patient dans le réseau, tout ce dont peut bénéficier le patient dans le réseau, dans l'ordre donc ils ont toutes les bonnes pratiques dans l'ordre, le bilan annuel, le fond d'œil annuel, les dosages sanguins et urinaires annuels,, les consultations endocrino si l'hémoglobine glyquée est supérieure à 8. Donc tout cela est bien spécifié on fournit au médecin qui adhère au réseau un outil sous forme de classeur ou on a tout ce qu'il ya à faire sur le patient, ce dont il peut bénéficier, tous les éléments du site internet s'ils n'ont pas internet. C'est une trame sur laquelle ils peuvent s'appuyer à tout moment.

Sachant qu'on ne leur impose rien non plus. Dans le réseau Marseille Diabète, on a vraiment insisté sur le fait qu'on ne change pas la prise en charge antérieure du patient à son entrée dans le réseau, c'est à dire on conseille on informe en général le médecin généraliste puisque c'est lui qui s'occupe des diabétiques de type II, le réseau n'a pas de regard sur ce qu'ils font ou ne font pas. Pour vraiment respecter cette relation médecin-patient, on leur apporte les bonnes pratiques, et un tableau de bord qu'ils peuvent suivre, mais s'ils ne veulent pas le suivre ils ne sont pas obligés.

2- Comment sont organisées les réunions d'uniformisation des pratiques soignantes (ou les réunions de régulation patient) ? Que s'y passe-t-il ? Il n'y en a pas.

3- Existe-t-il des documents de référence concernant les bonnes pratiques soignantes qui seraient à disposition de tous les adhérents ?

Sur le site internet, ou on leur envoie. Elaborés à partir de documents officiels.

4- Comment se déroule la formation au sein du réseau ?

Formation médicale continue le plus souvent pour qu'ils aient vraiment toujours plus d'informations sur le diabète.

Tout podologue, infirmière, diététicienne a une formation spécifique lors de l'adhésion.

Les podologues c'est la formation qui est proposée par leurs syndicat et qui est une formation diplômante, elle a lieu tous les deux ans. Comme ce n'est que tous les deux ans, on va essayer d'en organiser une nous pour ceux qui l'ont loupée, spécifique au réseau diabète, mais ce n'est pas encore fait parce que, la formation du syndicat est tellement bien faite et en plus elle est diplômante.

Les IDE sont formées par le réseau axée sur la prise en charge du diabétique etc... Il n'y a pas de personnes étrangères au réseau qui viennent s'y former

5- Selon quels objectifs organisez-vous la formation des membres du réseau ?

Pour que tout le monde ait le même protocole de soin et qu'ils respectent tous les bonnes pratiques de base notamment pour les soins de podologie, pour mettre à jour régulièrement leurs connaissances, formation médicale ou paramédicale continue. Pour coller au maximum aux recommandations, plus après on est très ouvert aux critiques de membres du réseau sur notre dossier par exemple informatique. Par exemple la feuille de podologie est une feuille type officielle, on a rajouté des items qui manquaient à certains ou transformé d'autres qui ne servaient pas à grand chose. On essaie vraiment de les écouter pour faire avancer les choses pour que ça colle exactement aux besoins.

6- Comment vérifiez-vous l'application des bonnes pratiques soignantes exposées lors des différentes formations ?

C'est dur. Evaluation annuelle du réseau on fait des statistiques anonymisées. (Nombre de patient ayant eu le bilan annuel et qui ne l'ont pas eu). Sachant qu'il y a un biais pour le moment c'est qu'on pense que les examens sont faits en ville, pas forcément retranscrit sur leur dossier parce que ce n'est pas encore rentré dans les habitudes des médecins de retranscrire sur internet ou de nous renvoyer les résultats. Là on peut déjà évaluer si les recommandations ont été faites pour chaque patient et ensuite on sort des chiffres tous les ans. En ce qui concerne les podologues c'est pareil on a les fiches de suivi podologique, on peut dire qui a fait le monofilament qui ne l'a pas fait, si le patient était de grade I II III ou IV pour les pieds. Ca reste des statistiques vagues. Tout est anonyme, codé. Ce n'est pas notre but. Notre but est de leur donner une prise en charge idéale et d'essayer à ce qu'elle soit suivie. Les IDE sont là surtout pour éduquer le patient au niveau des glycémies capillaires, au niveau de l'injection d'insuline. On sait combien de patient ont vu l'IDE mais pas plus que ça finalement. Après ils travaillent comme ils veulent.

7- Comment sont sélectionnés les nouveaux adhérents ?

Pas de sélection, mais du recrutement. On envoie des lettres, notre mode de fonctionnement et s'ils sont intéressés ils remplissent la fiche d'adhésion, signent la charte, contrat d'entrée dans le réseau. Cotisation annuelle de 5 euros puisque c'est une association loi 1901. Volontariat motivation. Même si la personne adhère au réseau et ne remplit pas ses chiffres et bien tant pis de toute façon, deux ou trois personnes ont arrêté parce que ça leur prenait trop de temps. Au niveau des IDE il y en a une qui a changé de ville, deux qui sont parties à la retraite.

Février 82 généralistes 30 IDE labos pharmacies....

8- Vous arrive-t-il de participer à des formations externes qui pourraient constituer la base de la diffusion des bonnes pratiques soignantes au delà du réseau ?

On a fait des formations par arrondissement pour se faire connaître. On a invité les médicaux et paramédicaux du quartier en organisant une formation sur le diabète, donc on a envoyé des invitations par rapport à l'annuaire. Cette organisation nous a pris toute l'année, arrondissement par arrondissement. Donc on l'a eut fait et nous avons comme cela pu recruter certains. Nous renouvellerons peut-être l'expérience s'il n'y a pas de restriction de budget. Ce qu'on a fait aussi pour les patients qui n'étaient pas dans le réseau, on a organisé des journées de dépistages gratuits, on a travaillé sur la base du volontariat avec des pharmacies. En ce moment on essaie vraiment de délocaliser vers les quartiers nord de Marseille parce que beaucoup de personnes ont des difficultés pour venir sur le Prado. C'est en cours de négociation et c'est petit à petit. Taux de participations aux formations assez bien. Tous les généralistes ont fait au moins deux formations dans l'année, il y en a qui sont très impliqués et qui vont toutes les faire et il y en a qui vont en faire 0.

On a plus de facilité à bouger les paramédicaux sur les formations... Les médecins, le souci c'est qu'ils sont tellement sollicités par de multiples formations. Pas d'obligation de participer à une fois par an à une formation dans le réseau. Médecins qui prennent le temps de remplir sérieusement le suivi et le bilan annuel sont rémunérés un petit peu pour la surcharge de travail. Si on voit qu'il y en a qui ne sont pas très actifs on va les rappeler pour savoir s'il y a quelque chose qu'ils n'ont pas compris... On n'oblige à rien, on impose rien, on propose c'est tout. Même les patients ne sont obligés à rien.

ENTRETIEN N°4 : RESEAU SLA PACA OUEST

1- Comment organisez-vous la communication au sein du réseau notamment en ce qui concerne les bonnes pratiques soignantes ?

Lorsque le patient adhère au réseau, il nous présente les différents soignants qui s'occupent de lui, et on va prendre contact avec eux, on va leur écrire pour leur présenter le réseau, voilà à quoi on peut servir, on donne une charte et si vous le souhaitez, vous la renvoyez. Et après signe ou signe pas, on va éventuellement faire un rappel et les contacter par téléphone pour mettre un dossier de patient en place. Ça veut dire que les pratiques au sens stricto sensu chez nous c'est très divers. Après au niveau de la pratique professionnelle effectivement on a des manières de faire mais qui ne sont pas spécifiques. Cette maladie en fait n'a pas de soins spécifiques, elle demande une prise en charge globale comme on peut voir dans la prise en charge en soins palliatifs quelle que soit la pathologie, une attention particulière, mais qui ne devrait pas être particulière, qui devrait être l'attention qui devrait être ce qu'est le boulot de chacun des soignants normalement pour chaque patient qu'il prend en charge. Donc pour moi, il n'y a rien d'extraordinaire. Après sur quand est-ce qu'on ventile, quand est-ce qu'on met une gastrostomie, quand est-ce qu'on fait ceci ou cela alors effectivement il y a des réunions de consensus, effectivement il y a une bonne pratique, voilà mais c'est très souvent en fait, fait à l'hôpital parce que les patients sont vus régulièrement dans le service hospitalier tous les trois mois, c'est là que les

choses souvent se décident sauf décisions d'urgence mais après c'est souvent les hospitaliers qui souvent vont décider de quand on pose une gastrostomie et si on pose une gastrostomie, si le patient est d'accord pour qu'on pose la gastrostomie, et s'il a besoin d'une ventilation, est-ce qu'il est d'accord pour une ventilation. Moi quand on m'a demandé de faire un schéma des étapes du parcours du patient, j'ai fait le schéma mais je n'ai pas mis de numéro sur les étapes. Voilà, je crois que c'est ça qui est important chez nous, en tout cas c'est comme ça qu'on voit les choses. Et on ne peut pas les voir autrement à mon sens.

Dossier médical partagé sur papier et au domicile du patient. Il y a deux choses assez intéressantes à mon sens en tout cas il a été conçu pour deux raisons : d'une part pour que cela facilite la communication entre les soignants du domicile, il y a des feuilles hebdomadaires avec un bout de page pour chacun des intervenants et soignants pour transmettre leur souci éventuellement, leurs questions aux autres soignants et après il y a une fiche de liaison ville-hôpital, hôpital-ville, quand le patient vient à l'hôpital il emmène son dossier sous le bras, les soignants du domicile inscrivent tout ce qu'ils ont à dire au médecin hospitalier qui leur répond par retour de classeur c'est-à-dire le soir même. Donc ça facilite beaucoup la communication. Nous il n'a pas été informatisé c'était trop compliqué. Nos patients sont chez eux 98 % du temps, les soignants viennent à domicile, on ne pouvait pas imaginer que ce dossier ne soit pas à domicile, sinon il n'aurait été pour personne. L'idée c'est qu'il soit partagé.

La communication est organisée au travers du dossier, de réunions de synthèse, mais aussi dans des choses beaucoup plus informelles comme quand par exemple on se déplace au domicile du patient ou au cabinet d'un soignant ou quand on rencontre un soignant et qu'en fait par là même on en rencontre deux ou trois parce que on est allé sur Avignon ou sur Carpentras et que on a profité pour voir tout le monde, ce qui n'est pas évident quand on va loin et qu'on profite de la journée pour voir d'un côté les malades et de l'autre ceux qui sont soignants et que ça peut se faire chez le patient, pas forcément chez le patient. La communication ne se fait pas forcément qu'à travers le dossier mais parfois elle ne se fait qu'à travers le dossier et c'était nécessaire qu'il existe en tous cas pour les personnes qui avaient le maximum d'intervenants.

Il y a les réunions aussi, on a des choses formalisées et on a beaucoup de choses informelles parce que cette maladie met en place des choses qui sont particulières et que les gens ont souvent besoin de se retrouver et de discuter des choses, c'est très variable en fait d'un patient à l'autre, d'une équipe à l'autre, ça dépend si vous êtes dans une grande ville ou dans une petite ville, ça dépend de plein de choses.

La communication se fait formellement par les réunions de synthèse et par le dossier et puis de manière informelle parce qu'on a plusieurs personnes au téléphone, qu'on fait la liaison, que ça passe par nous parfois, ça passe parfois pas par nous parce qu'ils se connaissent entre eux, qu'ils communiquent entre eux. On ne peut pas réduire ça, c'est vraiment le minimum le dossier et la réunion de synthèse c'est quand vraiment il y a un souci, un problème, quand il y a beaucoup d'intervenants et que ça tire un peu à hue et là sur le quoi faire le comment faire où est-ce qu'on va qu'est-ce qu'on fait. Chacun s'assied autour d'une table et on discute et après il y a beaucoup de choses qui sont beaucoup plus informelles. La communication formelle c'est la base minimum et après il y a tout le reste...qui est aussi importante voire plus importante.

Ce qu'on souhaitait c'est de ne pas être un boulet pour les soignants, je veux dire c'est déjà une pathologie très lourde, donc il ne faut pas qu'on les mette dans une case sinon personne ne va adhérer au réseau. Il faut qu'on soit là comme un soutien, un étayage et pas comme quelque chose qui va être un poids pour les soignants. Ils n'ont pas de temps à perdre avec nous, si j'ose dire. Ils ont beaucoup de boulot et ce temps je suis sûre qu'ils préfèrent le passer auprès des patients ou chez eux et c'est normal. Donc il faut qu'ils sachent qu'on soit là, il faut qu'effectivement il y ait un minimum de choses et après nous on va plutôt être à leur disposition, nous on est là vraiment pour eux et c'est pas eux qui sont là pour nous, tout cela pour le patient mais je veux dire il ne faut pas se tromper quoi, parce que prendre en charge un patient SLA ce n'est pas évident, il y en a qui refusent parce que c'est trop lourd et c'est à respecter. Donc on fait avec ce qu'on a et bien content d'avoir ce qu'on a, on n'a pas d'autres moyens, on ne peut pas être exigeant sur des choses, on essaie de faire les choses au mieux et ça marche souvent bien.

2- Comment sont organisées les réunions d'uniformisation des pratiques soignantes (ou les réunions de régulation patient) ? Que s'y passe-t-il ? Eléments de réponse dans les autres questions.

3- Existe-t-il des documents de référence concernant les bonnes pratiques soignantes qui seraient à disposition de tous les adhérents ?

La réunion de consensus. Il y avait avant la réunion de base du comité français donc c'était un truc qui avait été écrit en 1998 et puis en fait chaque fois qu'un soignant adhère au réseau en retour de courrier on lui envoie ça. Maintenant depuis le début de cette année on a la réunion de consensus qui a lieu sur la maladie à Nice en novembre 2005 et qui fait foi puisque c'est l'ANAES sous l'instigation de l'HAS que ça a été fait et qui permet d'avoir une base de référence sur tout ce qui a trait à la maladie c'est quand même très large. Après on a des documents plus spécifiques pour les orthophonistes ou pour les kinés, éventuellement pour les médecins traitants, dans le traitement etc... Et puis on a des documents pour les patients aussi.

Au niveau des soignants on les passe souvent par courrier, parfois par mail, en général par mail on fait plutôt passer, pour ceux qui ont des mails, les dates de formation les choses comme ça. Mais en général c'est par courrier, c'est vrai qu'on est un peu vieux et qu'en général le papier c'est beaucoup mieux. La seule chose qui est réglée c'est qu'on ne traite pas les dossiers médicaux par mail parce qu'on n'a pas de mail sécurisé.

On a un mail, on a un site, on a le téléphone, le fax, on nous appelle, on nous écrit.

4- Comment se déroule la formation au sein du réseau ?

En général, c'est deux demies journées par an, ou deux soirées, c'est une formation qui va durer deux fois quatre heures, et chaque fois c'est sur un thème différent, en sachant que le programme on l'a bouclé en trois ans, ce qu'on avait dans la tête. C'est toujours des formations multidisciplinaires. Il y eu une

formation sur la ventilation non invasive, sur la gastrostomie et la nutrition, sur la trachéotomie, sur la prise en charge globale (médicale, sociale, psychologique, associative). On a fini notre cycle mi 2005 et on l'a recommencé, en fait on revient sur ce qu'on avait déjà présenté il ya quelques années. Il n'y a pas d'obligation de suivre les formations quand on adhère au réseau, oui c'est marqué dans la Charte, mais une fois que vous avez quelqu'un qui ne vient pas qu'est ce que vous voulez lui dire, on le sort du réseau et qu'est ce qu'on fait après ? Ils signent un truc comme quoi ils s'engagent gnagnagna, mais je pense que la plupart, enfin nous il y a un truc assez étonnant qu'on a observé, c'est que normalement ces formations sont dédommagées entre guillemets, c'est à dire qu'on donne des sous aux libéraux, ben nous on a plein de libéraux qui refusent les sous qui disent mais moi je suis là pour moi, je suis pas là pour être payé, je suis là parce que c'est ma formation et que j'en ai besoin, le jour où j'en aurais pas besoin, je ne viendrai pas, et donc je n'ai pas besoin de votre chèque. Je crois que ça a été un grand leurre des institutionnels des réseaux, c'est à dire que l'on a pensé que l'argent allait résoudre pleins de problèmes en particulier dans le suivi, dans les choses comme ça et en fait non, de notre point de vue ça n'a rien résolu du tout, je pense que c'est même choquant pour certains, qu'on puisse leur proposer de l'argent et la plupart nous disent clairement que s'ils sont là ce n'est pas pour ça. Effectivement ça permet pour les gens qui viennent de loin de payer l'essence de la voiture, mais la motivation est complètement différente et ça je crois c'est quelque chose qu'on n'a pas bien mesuré d'avance. Il y en a qui viennent, il y en a qui ne viennent pas et puis il y en a qui viennent quand ils peuvent. Quand on a un équipe de 5 IDE, c'est clair qu'ils ne viendront pas tous les 5 parce que il y en a qui sont auprès des patients, il y en a 2/5 ou 3/5. On n'est pas très regardant là dessus parce qu'on ne peut pas imposer aux gens de venir. Quel en serait le sens, vous ne venez pas et on vous sort du réseau et après quoi ?

5- Selon quels objectifs organisez-vous la formation des membres du réseau ?

Les objectifs c'est que les choses soient mieux connues autour de la pathologie.

6- Comment vérifiez-vous l'application des bonnes pratiques soignantes exposées lors des différentes formations ?

Il n'a pas d'évaluation des bonnes pratiques stricto sensu. En fait quand on fait des formations on explique ce qu'on fait pourquoi on le fait comment on le fait et on donne des conseils, c'est très pratique, ce sont des formations pratiques. Non il n'y a pas d'évaluation derrière. De toute façon, on n'a pas les moyens, je veux dire qui va évaluer. Mais après les patients ils savent aussi ce qui est bien et ce qui est pas bien. C'est arrivé qu'il y ait des patients qui disent cet IDE que vous m'avez trouvé il ne me va pas je veux changer et il change, on sait pourquoi et quand de manière assez rare mais ça nous est arrivé quelques fois on a vraiment le sentiment que l'IDE qui fait partie du réseau travaille n'importe comment, il est arrivé pour certains qu'ils laissent tomber le soir un malade entre deux, effectivement pour nous ce genre d'IDE pour nous ils ne font plus partie du réseau, là pour le coup oui on avait une bonne raison c'était qu'effectivement il y avait un truc qui n'était pas normal dans l'histoire. Mais ça arrive rarement en fait. On a plutôt des gens qui sont très..., je vous dis c'est une maladie très

spéciale, ça ne laisse pas les gens indifférents donc soit les gens vont s'investir, donc ils vont faire bien les choses comme il faut etc..., soit pour eux ça va pas être supportable ils vont partir, mais en règle générale, il y a un vrai investissement.

On avait un monsieur qui était pris en charge enfin c'était sa femme qui s'occupait beaucoup de lui au niveau de la toilette et elle a eu un souci et donc on a du chercher un peu en urgence un IDE, on l'a cherché qui à l'époque ne faisait pas partie du réseau et quand on l'a sollicité, on l'a sollicité pour deux passages par semaine. Cet IDE au jour d'aujourd'hui, s'occupe toujours du patient qui est actuellement trachéotomisé et il passe 3 fois voire 4 fois par jour. A un moment donné, il y a des gens qui... enfin il m'a dit l'autre fois vous savez le jour où vous m'avez appelé la première fois, j'aurai mieux fait de faire tomber mon portable dans l'eau. Voilà il a pris en charge ce patient, il continue, il l'a accompagné dans l'aggravation de la maladie, il continue avec lui, ça veut dire qu'il s'est formé, qu'il s'est associé avec d'autres IDE pour pouvoir maintenir la permanence 24/24. Ce qui est important en fait pour nos patients les plus lourds on propose à nos IDE un dédommagement d'une astreinte en contre partie du fait qu'ils soient joignables 24/24. Donc on les paye 7,25 euros l'astreinte, donc c'est plus le geste que l'argent là encore et ils sont là tout le temps. Et ils acceptent et il y en a qui n'ont jamais accepté d'être payé pour cette astreinte qu'ils effectuaient de toute manière.

C'est la personnalité du soignant qui fait qu'ils s'investissent complètement. C'est des gens qui ont envie de faire un travail bien jusqu'au bout. Moi, à mon sens quand on est un professionnel de santé quel qu'il soit, quelle que soit sa formation, ben je veux dire on est là pour quelque chose, on doit quelque chose aux gens, on sait à quoi on s'engage. Donc pour moi c'est normal mais c'est vrai que ça n'a pas l'air d'être dans l'air du temps, mais pour moi c'est normal. Ou alors il faut faire autre chose quoi. Quand on joint un médecin et qu'on lui dit voilà on est en train d'organiser la fin de vie de ce patient, donc ce patient veut que ça se passe chez lui, donc pour que ça se passe chez lui il faut que la famille soit d'accord ça c'est autre chose et puis on souhaite aussi pour que ça se passe dans de bonnes conditions il faut que le médecin et les IDE en particulier soient disponibles, parce que si vous avez un médecin qui bloque son portable, vous savez que la fin de vie ne sera pas gérée à la maison, vous savez que de toutes façon il faut dire au patient là c'est même pas la peine d'essayer, ou changer de médecin mais bon, ou pensez que quand ça ira mal vous reviendrez sur l'hôpital. Donc ça aussi c'est notre boulot mais je pense qu'il y a plusieurs raisons à ça, je pense qu'il y a des gens qui ne sont pas disposés à faire ça pour qui c'est impossible parce que c'est trop rude, donc on s'adapte là aussi, on rencontre de tout, on rencontre des gens qui ont fait des choses extraordinaires, on rencontre des gens qui ont fait des choses assez minables, les gens qui font des choses assez minables en général ils ne sont pas dans le réseau. On fait et on s'adapte parce que de toute manière on n'a pas le choix. On ne peut pas se permettre d'être exigeants. On ne peut pas se permettre de dire à un patient qui a un médecin qui ne veut pas rentrer dans le réseau qu'il faut qu'il change de médecin, je veux dire qui on est pour dire ça, c'est impossible.

Sur l'évaluation quand même, ce qu'on a fait lors de l'évaluation externe, un questionnaire qui est parti pour les malades et pour les soignants, dans le réseau et hors réseau. Ça ça a donné quand même une idée assez objective du travail du réseau et de ce qu'on peut attendre. Ce qui est clair, d'une manière générale, pour les patients, le fait d'être dans le réseau et pour les soignants, le fait d'être

dans le réseau, ce que ça apporte c'est clair. Ne serait ce que pour la formation, hors réseau il n'y a pas de formation sur la SLA, dans le réseau oui, dans la manière d'appréhender les choses, dans la communication, toutes ces questions elles ont été posées lors de l'évaluation externe, je pense que ça arrive à démontrer que les gens ils pensent que c'est positif d'être dans le réseau et qu'on fait un travail qui est correct. Après on n'a pas de choses spécifiques, la SLA ne comporte pas de soins spécifiques, quand on cherche un IDE pour prendre en charge un PAC, il faut qu'il ait son attestation machin. Ca se passe ailleurs en fait, ça se passe pas sur les respects des protocoles, ça peut se passer éventuellement, je veux dire que lorsqu'il y a des IDE qui sont en doute alors ce qu'on fait quand on a quelqu'un qui prend en charge un patient pour la première fois, ce qu'on lui propose c'est de le mettre en contact avec ses pairs qui sont déjà expérimentés dans la pathologie pour qu'il puisse, c'est laissé à l'entendement de chacun, appeler pour prendre conseil, alors ça peut être de conseils sur la prise en charge de la maladie, des conseils sur la manière de coter les actes, je veux dire ça peut être des conseils sur n'importe quoi et éventuellement de se rencontrer aussi. Et quand on a des demandes plus précises de quelqu'un qui a à prendre en charge un PAC et qui n'en a pas fait depuis longtemps et bien c'est vrai qu'on organise à la fois une visite à l'hôpital au niveau de son patient et il va se faire rappeler les choses par les IDE du service dans un premier temps et puis en général dans ces cas là on met aussi en contact avec des IDE libéraux qui ont déjà en charge des patients pour qu'ils voient aussi comment ça se passe à domicile etc... Ca aussi c'est des choses qui sont faites. L'éducation par les pairs ça me semble très important, c'est pouvoir faire passer la formation de collègue à collègue et dans la pratique et savoir qu'on a derrière quelqu'un qui peut donner conseil et on parle de la même pratique parce qu'on a la même profession et qu'on a quand même des bases communes quoi. Ca aussi c'est important.

7- Comment sont sélectionnés les nouveaux adhérents ?

Ils adhèrent parce qu'on les a sollicités c'est à dire parce qu'ils ont un patient en charge. De toute façon notre politique n'a jamais été de faire du mailing général, parce qu'on sait très bien que ça va finir à la poubelle. Un réseau comme le notre n'intéresse que des gens qui sont en charge de patients, il n'intéresse pas quelqu'un qui n'en a pas ou alors c'est parce que vous voulez vous installer, que vous avez du mal à débiter votre cabinet et que vous cherchez effectivement à avoir des patients, ça arrive aussi de temps en temps. Sinon c'est les soignants qui nous contactent eux-mêmes mais nous on n'a jamais fait de mailing diffusant sur l'existence du réseau. Ce n'est pas notre but. Les soignants sont souvent très contents qu'on existe, qu'on arrive parce qu'ils n'ont plus le sentiment d'être isolés. Ce réseau existe parce que moi j'étais en charge au niveau hospitalier des patients de 1995 à 2002. Quand je suis arrivée dans ce service il ya maintenant presque 11 ans, on commençait à s'occuper de cette pathologie qui a longtemps été complètement ignorée et laissée pour compte parce que le corps médical n'aime pas bien en général les gens qui meurent et qu'on ne peut pas guérir. Donc il y a une quinzaine d'années, sur l'initiative de Mr POUGET en particulier sur la région marseillaise il y a eu une volonté vraiment de commencer à prendre en charge ces patients qui étaient vraiment une maladie neurologique avec une atteinte qui allait bien au delà du neurologique puisqu'il y a des atteintes respiratoires, nutritionnelles. Donc en fait il fallait constituer une équipe pluridisciplinaire, ce qu'a fait Mr POUGET et il souhaitait qu'il y ait un médecin qui prenne en charge ces patients de manière un peu particulière et au départ ça a

été moi. Et tout ça pour dire qu'en fait on a vu arriver des patients, il y a eu le premier médicament qui a été un peu efficace sur la pathologie donc les premiers essais thérapeutiques, donc on a vu arriver beaucoup de patients qui étaient complètement dans la nature jusqu'à peu en fait. Et à partir de là on a commencé à mettre des choses en place en partant de l'hôpital. Donc du coup on a commencé à connaître des gens qui prenaient en charge des patients chez eux, parce que les malades ils venaient peu à l'hôpital, ils venaient régulièrement mais peu souvent. Et on a commencé à connaître du monde et à un moment donné, ce qui a émergé des échanges avec les libéraux qui prenaient déjà en charge les patients c'était on est isolé, on ne connaît pas la maladie, il faut qu'on fasse quelque chose. Ce quelque chose ça a été le réseau. Donc en fait notre réseau a été fondé par des médecins et des paramédicaux hospitaliers et libéraux, qui ont bossé, qui ont créé une association loi 1901, et ensuite ont travaillé par ateliers pour que les différentes orientations principales de ce réseau existent. Ca veut dire que le dossier de soins partagé a été fait chaque partie par profession de santé hospitalière et libérale, ça a été revu dans un ensemble plus général, testé auprès de trois patients et de trois équipes infirmières pendant trois mois, ça a été recorrigé et ça a été fait de manière définitive en sachant qu'on le reverra probablement dans l'année qui vient parce qu'il y a des choses qui ne servent pas et qu'en fait à plus grande échelle etc... On est un réseau qui a existé par la volonté de gens qui étaient déjà en charge de patients et qui trouvaient que c'était trop compliqué. Ce qui fait aussi peut-être notre particularité c'est à dire que tous les gens qui ont commencé à travailler dans le réseau, d'abord on connaissait tous la maladie, on n'est pas arrivés là comme ça, je veux dire moi je n'ai pas été médecin coordinateur parce que j'ai répondu à une petite annonce. Je pense qu'on a une optique qui est peut-être un peu différente de certains réseaux et qu'on a vraiment travaillé avec les libéraux, on a travaillé tous ensemble pour savoir comment on pouvait trouver quelque chose qui était utile. Donc à partir de là je pense qu'on a effectivement répondu à une demande ou à des demandes et puis il ya des choses qui nous sont apparues au fur et à mesure donc on a agrandi notre démarche. Mais on avait des choses qui étaient évidentes, on savait que d'emblée c'était le patient qui décidait s'il rentrait ou pas dans le réseau, que c'était les soignants qui décidaient ou pas de rentrer dans le réseau, qu'on avait des dossiers de soins, ça semblait évident qu'il fallait un espace de parole pour qu'il y ait une régulation pour les soignants, ça c'était capital, parce que c'est vraiment très compliqué sans ça, et puis qu'il fallait qu'on fasse un tas de choses et qu'on fasse connaître la maladie au niveau institutionnel. Donc tout ça c'est des choses qui étaient très claires pour nous et on a travaillé. C'est à dire qu'il y a des gens, de manière tout à fait bénévole, qui ont pris de leur temps et de leurs soirées pendant quelques mois pour qu'on mette en place ce genre de choses. Donc ça, ça a correspondu vraiment à un besoin.

8- Vous arrive-t-il de participer à des formations externes qui pourraient constituer la base de la diffusion des bonnes pratiques soignantes au delà du réseau ?

Non, on n'est pas...

Alors ça peut être là il ya une équipe libérale qui est en train de se monter avec des IDE qui sont installés dans les 4 coins de Marseille qui sont plus ou moins en train de s'associer pour les gestes techniques, c'est tout des gars qui sortent de

réa qui viennent de s'installer donc c'est vrai que là dedans il y a des gens qui font partie du réseau depuis longtemps qui m'ont demandé de faire une information sur la maladie à tous les autres, ce que j'ai fait, donc dans le tas il y en a qui ne font pas partie du réseau, mais c'est pas trop la politique en fait, en tout cas en ce qui concerne les soignants. Ca c'est des choses qu'on fait effectivement au niveau institutionnel, on fait de la formation au niveau des assistantes sociales des CRAM, ou des assistantes sociales de l'AFPA, au niveau des médecins de la COTOREP, etc... C'est de la formation dans un but très précis, qu'ils connaissent la maladie, qu'ils comprennent ce que ça veut dire l'évolutivité de la maladie et qu'ils en tiennent compte lorsqu'ils donnent des accords etc... Mais sinon sur des soignants tout venant je dirai on ne fait pas ça, en fait nous ne formons que les gens qui sont intéressés, encore une fois c'est une maladie, je veux dire un médecin dans sa carrière de médecin en tant que libéral, peut ne jamais la rencontrer, ou en rencontrer 2 ou 3 donc c'est pas sa tasse de thé, il faut être clair là dessus, il ne va pas passer des heures et des heures surtout s'il n'a pas de patient pour une maladie qu'il risque de ne jamais rencontrer dans sa vie. Pour nous ça n'a aucun intérêt, on ne fait pas du soin palliatif.

ENTRETIEN N°5 : RESEAU RSP 13

1- Comment organisez-vous la communication au sein du réseau notamment en ce qui concerne les bonnes pratiques soignantes ?

- Au niveau interne, nous communiquons au moyen de deux réunions hebdomadaires, par téléphone et courriers.

- Au niveau externe, avec les différentes instances du réseau, par téléphone et courriers.

Avec les partenaires, nous communiquons par téléphone et courriers. Nous diffusons une plaquette du réseau auprès des professionnels, notamment lors des réunions d'information et de présentation du réseau. Nous utilisons souvent Powerpoint comme support ; nous publions des articles d'information dans des revues médicales ; par ailleurs le réseau a sa 'Lettre' trimestrielle pour les adhérents.

Concernant les « bonnes » pratiques soignantes, le Comité Scientifique du réseau constitue des fiches de conseils pour les familles (sommeil, alimentation, sexualité etc..) et des protocoles pour les soignants (que faire en cas d'agitation, de constipation, de dyspnée etc...) ; ces fiches sont en cours d'élaboration et n'ont pas encore été diffusées.

2- Comment sont organisées les réunions d'uniformisation des pratiques soignantes (ou les réunions de régulation patient) ? Que s'y passe-t-il ?

Nous les appelons réunion de coordination ; elles ont lieu au cabinet du médecin traitant ; elles servent à mettre en lien les soignants : médecin traitant, infirmiers, kiné, parfois psychologue ou sophrologue ; c'est le médecin du réseau

qui organise ces réunions, mais pas de façon systématique ; elle sont généralement lieu (pour des raisons logistiques) lorsque nous procédons à une évaluation des besoins du patient et de sa famille à domicile ; il s'agit de procéder à une réflexion commune sur le projet thérapeutique à mettre en place et à déterminer qui fait quoi.

3- Existe-t-il des documents de référence concernant les bonnes pratiques soignantes qui seraient à disposition de tous les adhérents ?

Certains réseaux ont effectivement développé des petits guides de bonnes pratiques ; RÉSP 13 s'en inspire pour élaborer les fiches mais actuellement, nous n'avons pas de projet (ni le budget d'ailleurs) pour créer quelque chose de similaire.

4- Comment se déroule la formation au sein du réseau ?

Une journée de formation par mois sur les trois sites, Marseille, Aix, Salon de Provence ; des thèmes médicaux le matin, paramédicaux, philosophiques ou autres l'après midi ; elles sont dispensées par des professionnels des soins palliatifs pour un public interdisciplinaire d'environ 15 personnes ; ces formations sont gratuites et les libéraux (infirmiers et médecins) sont indemnisés pour leur temps de présence.

5- Selon quels objectifs organisez-vous la formation des membres du réseau ?

Les objectifs sont déterminés par les intervenants qui sont d'horizon divers ; peuvent intervenir des médecins, des infirmiers mais aussi des travailleurs sociaux, des psychologues, des représentants d'association de bénévoles ; cependant, certains interviennent sans avoir prédéterminé d'objectifs particuliers : il s'agit pour la plupart d'adopter, le temps de la formation, un statut de formateur occasionnel ; on peut apparenter certaines de ces journées à des journées de sensibilisation aux soins palliatifs.

6- Comment vérifiez-vous l'application des bonnes pratiques soignantes exposées lors des différentes formations ?

Les personnes qui participent aux formations ne sont pas essentiellement des soignants ; certains souhaitent seulement mieux comprendre les soins palliatifs ; il n'y a donc pas d'application systématique de ce qui est développé lors de ces journées ; on peut espérer que les pratiques évoluent mais peut être pas par une vérification systématique ; nous connaissons ceux qui peuvent se trouver en difficulté et nous les soutenons du mieux que nous pouvons ; le médecin du réseau encadre les soignants de proximité, notamment au moyen des réunions de coordination.

7- Comment sont sélectionnés les nouveaux adhérents ?

Nous distinguons deux types d'adhérents :

- ceux qui adhèrent à l'association en versant une cotisation annuelle
- ceux qui deviennent adhérents parce qu'ils entrent dans l'équipe de soins : ils sont généralement 'sélectionnés' par la famille ; il arrive que les patients n'aient pas de médecin traitant ou d'infirmière ; c'est le service hospitalier qui se charge de trouver des soignants au besoin (et ponctuellement le réseau si le service est en difficulté) ; il n'y a pas de réelle sélection : les soignants sont libres d'accepter ou de refuser la prise en charge ; nous leur donnons un maximum d'informations, notamment sur le réseau, le travail en équipe et en interdisciplinarité ; ils sont généralement plutôt favorables au fait de participer à un travail commun, et de pouvoir bénéficier de conseils et de soutien s'ils en ont besoin.

8- Vous arrive-t-il de participer à des formations externes qui pourraient constituer la base de la diffusion des bonnes pratiques soignantes au delà du réseau ?

Tous les salariés du pôle participent ponctuellement à des formations externes, par rapport à leurs besoins ; mais c'est plutôt le travail du Comité Scientifique qui pourrait constituer une base de diffusion des bonnes pratiques.

Renseignements complémentaires sur votre structure :

RÉSP 13 est une association de type loi 1901 avec un Conseil d'Administration, un Bureau et un pôle de coordination. Le dossier a été déposé en préfecture en 2003. Le réseau bénéficie d'un financement de l'URCAM et de l'ARH depuis 2004.

Le pôle de coordination comprend 6 salariés :

- Une coordonnatrice à temps plein
- Une secrétaire à temps plein
- Un médecin à mi-temps
- Une assistante sociale à mi-temps
- Une psychologue à mi-temps
- Une employée de service (3h par semaine)

Les objectifs sont les suivants :

Objectif principal : Diffuser la culture des soins palliatifs en harmonisant les pratiques

Objectifs opérationnels :

- Accompagner et coordonner les prises en charge de patients relevant de soins palliatifs
- Sensibiliser et former les professionnels aux soins palliatifs
- Informer les usagers et les professionnels sur les structures existantes et orienter au besoin vers les services appropriés

Le nombre d'adhérents cotisants pour l'année 2005 était de : 114

Le nombre d'adhérents non cotisants était de :

Nombre de professionnels ayant signé un engagement (Charte Constitutive) :
102

Nombre de professionnels actifs : 333

ANNEXE 18 : TABLEAUX D'ANALYSE DES ENTRETIENS

	R1 : ILHUP	R2 : PACASEP	R3 : MARS DIAB	R4 : SLA PACA 0	R5 : RSP 13
Q1 : COMMUNICATION	▪ Infirmiers accompagnateurs ▪ Outils de communication : ▪ Fiche de liaison ▪ Communication orale et informelle de type transmissions pour informer de la conduite à tenir pour un patient en particulier. ▪ Transmission des protocoles et procédures par internet, fax, courrier.	▪ Outils de communication : les référentiels de suivi des patients. ▪ Communication orale et informelle entre les adhérents. ▪ Internet, fax, mail, courrier, téléphone.	▪ Site internet, mail, téléphone, fax, courrier. ▪ Dossier de soins partagé informatisé. ▪ Communication informelle.	▪ Site internet, mail, téléphone, courrier, fax. ▪ Dossier de soin partagé non informatisé et au domicile du patient. ▪ Fiche de liaison ville-hôpital, hôpital-ville. ▪ Communication informelle + + +	▪ Téléphone, courrier ▪ Publications ▪ Lettre trimestrielle ▪ Plaquette du réseau ▪ Fiches conseils pour les familles ▪ Protocoles pour les soignants en cours d'élaboration
Q2 : REGULATION	▪ Réunions de débat sur la prise en charge de certains patients. Tous les intervenants s'expriment.	▪ Pas de réunion de régulation sur les patients pris individuellement.	▪ Pas de réunion de régulation sur les patients pris individuellement.	▪ Réunion de synthèse sur les patients pris individuellement. Espace de parole pour tous. ▪ Décision consensuelle sur la prise en charge et la conduite à tenir.	▪ Réunion de coordination, rencontre de tous les intervenants d'un patient. ▪ Décision consensuelle sur la prise en charge et la conduite à tenir.

	R1 : ILHUP	R2 : PACASEP	R3 : MARS DIAB	R4 : SLA PACA 0	R5 : RSP 13
Q3 : DOCUMENTS	▪ Pas de documents édités par l'ANAES mis à disposition par le réseau. ▪ Documents élaborés au sein du réseau à disposition selon modalités décrites dans la question 1	▪ Pas de documents édités par l'ANAES mis à disposition par le réseau. ▪ Référentiels élaborés après chaque réunion de formation. ▪ Référentiels interactifs, intégrés au dossier de suivi du patient.	▪ Pas de documents édités par l'ANAES mis à disposition par le réseau. ▪ Documents élaborés par le réseau, à partir des documents officiels et suite à des réunions de consensus.	▪ Document de référence de base transmis par courrier lors de l'adhésion. ▪ Documents de référence spécifiques pour chaque profession, pour les patients.	▪ Pas de documents édités par l'ANAES mis à disposition par le réseau. ▪ Elaboration des fiches de protocole en cours. ▪ Pas de budget actuellement.
Q4 : FORMATION	▪ Formation initiale à l'entrée dans le réseau obligatoire à la signature de la Charte. (4 jours pour Plaies et cicatrisation, 3 jours pour la douleur, 2 jours pour l'oncologie médicale). ▪ Formation continue : réunions en soirée sur un thème précis suivies de questions débats. ▪ Formations financées par le réseau mais non rémunérées.	▪ Réunions de formation sur des thèmes choisis par les adhérents en fonction de leurs besoins.	▪ Formation médicale continue. ▪ Formation spécifique à chaque profession lors de l'adhésion. ▪ Formations pluridisciplinaires sur des thèmes spécifiques au diabète.	▪ Deux ½ journées ou soirée par an. ▪ Formations multidisciplinaires. ▪ Formations spécifiques à la SLA, aux soins découlant d'une prise en charge de la SLA. ▪ Cycle organisé sur 3 ans. ▪ Rémunération symbolique refusée la plupart du temps. ▪ Education par les pairs, formelle (visite à l'hôpital), informelle (contacts entre eux).	▪ Une journée de formation par mois sur les trois sites. ▪ Thèmes médicaux le matin et autres l'après-midi (paramédicaux, philosophiques) ▪ Formations interdisciplinaires dispensées par des professionnels des soins palliatifs. ▪ Formations gratuites et rémunérées.

	R1 : ILHUP	R2 : PACASEP	R3 : MARS DIAB	R4 : SLA PACA 0	R5 : RSP 13
Q5 : OBJECTIFS FORMATION	▪ Cahier des charges élaboré en fonction des besoins régionaux. ▪ Apporter un complément de connaissances spécifiques concernant les spécialités du réseau : Plaies et cicatrisation, Douleur, Oncologie médicale	▪ Formation continue sur des thèmes choisis par les soignants. ▪ Rappel des formations initiales respectives des divers soignants. ▪ Peu de formations en soins spécifiques à la SEP. ▪ Formation indirecte par l'utilisation des documents de suivi du patient.	▪ Actualisation et mise à jour régulière des connaissances. ▪ Harmonisation des pratiques. ▪ Respect des recommandations.	▪ Connaissance de la pathologie, de son évolution, de la prise en charge.	▪ Objectifs déterminés par les intervenants en fonction de leur domaine d'activité (médecin, IDE, psychologues, travailleurs sociaux, représentants d'association bénévoles). ▪ Journées de sensibilisation aux soins palliatifs.
Q6 : EVALUATION	▪ Pas d'évaluation de l'application des bonnes pratiques, pas de vérification, pas de contrôle. ▪ Ecoute du retour des patients.	▪ Retour des documents de suivi des patients. ▪ Evaluation interne par questionnaires. ▪ Difficulté à faire l'évaluation médico-économique.	▪ Evaluation annuelle du réseau. ▪ Pas de contrôle.	▪ Evaluation annuelle du réseau. ▪ Pas de contrôle. ▪ Pas d'évaluation sur le respect des protocoles de soins.	▪ Pas d'application systématique de ce qui est traité en formation. ▪ Pas d'évaluation des pratiques. ▪ Espoir que les pratiques évoluent. ▪ Soutien et encadrement des professionnels.

	R1 : ILHUP	R2 : PACASEP	R3 : MARS DIAB	R4 : SLA PACA 0	R5 : RSP 13
Q7 : SELECTION	■ Pas de sélection à l'entrée ■ Volontariat, engagement. Signature de la Charte	■ Adhésion volontaire du patient ou de sa famille. ■ Démarchage auprès des soignants qui ont en charge un patient. ■ Mailings systématiques informatifs peu efficace.	■ Adhésion volontaire du patient. ■ Recrutement des professionnels par lettres ou journées d'information. ■ Journées de dépistage gratuit.	■ Adhésion volontaire du patient ou de sa famille. ■ Rencontre des professionnels ayant en charge un patient SLA.	■ Adhésion volontaire du patient ou de sa famille. ■ Adhésion lors de l'entrée dans l'équipe de soin.
Q8 : FORMATION EXTERNE	■ Tous ceux qui le souhaitent peuvent venir se former au réseau sans obligatoirement signer la Charte en fonction des places disponibles. ■ Formation de personnes qui n'adhèrent pas au réseau. ■ Personnes qui adhèrent mais qui ne suivent pas de patients du réseau.	■ Listing des soignants qui ont en charge un patient SEP et qui ne sont pas forcément adhérents. ■ Bouche à oreille.	■ Formations par arrondissement en invitant tous les professionnels du quartier, sera renouvelé en fonction du budget.	■ Pas de formation sur la SLA en dehors du réseau. ■ Action de formation, d'information auprès d'organismes qui accordent des moyens aux patients (CRAM, AFPA, COTOREP).	■ Participation ponctuelle à des formations externes.

ANNEXE 19 : TABLEAUX DE DEPOUILLEMENT DES QUESTIONNAIRES

		PRO	Q1	Q2						Q3		Q4		Q5		Q6		Q7		Q8		Q9		Q10		Q11		Q12		Q13	
				R	F	C	T	c	D	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
R 1 ILHUP	1	IDE	5a	0	0	0	0	0	0	0		0		0		0		0		N		N		N		0		N		0	
	2	IDE	5a	0	0	N	N	N	N	0		0		0		0		0		0		N		N		N		N		0	
	3	IDE	4a	0	N	N	N	N	0	0		0		0		0		0		N		N		N		N		0		N	
	4	IDE	5a	0	N	0	0	0	0	0		0		0		0		0		N		N		N		0		N		0	
	5	IDE	5a	0	N	0	0	0	0	0		0		0		0		0		N		N		N		0		N		0	
	6	IDE	3a	0	N	0	0	0	0	0		0		0		0		0		N		N		N		0		N		0	
	7	IDE	2a	0	N	N	N	0	0	0		N		0		0		0		N		N		N		0		0		0	
	8	IDE	1a	0	N	N	N	0	0	0		0		0		0		0		0		N		N		N		0		N	
	9	IDE	2a	0	N	0	N	0	0	0		N		0		0		0		0		N		N		0		0		0	
	10	IDE	2a	0	N	N	N	0	0	0		0		0		0		0		0		N		N		0		0		0	
TOTAL			3,4	10	4	5	4	8	9	10	0	8	2	10	0	10	0	10	0	4	6	0	10	0	10	7	3	5	5	8	2
R 2 PACASEP	1	IDE	3a	N	0	0	N	0	0	N		0		0		0		0		N		N		0		0		N		N	
	2	KINE	3a	N	N	0	N	0	N	N		0		0		0		0		N		N		0		0		N		N	
	3	KINE	3a	N	N	0	N	0	N	N		0		0		0		0		N		N		N		0		N		N	
	4	MED	1a	N	N	0	N	N	0	N		0		N		0		N		N		N		N		N		N		N	
	5	PSY	2a	0	N	0	N	0	0	N		0		N		0		N		N		N		N		N		N		N	
	6	MED	3a	0	N	0	N	N	0	N		N		N		N		N		N		N		N		0		N		N	
	7	IDE	1a	N	N	N	N	N	0	N		N		N		N		N		N		N		N		0		N		N	
	8	IDE	2a	N	N	N	N	0	N	N		N		N		N		N		N		N		N		N		N		N	
	9	IDE	1a	N	N	N	N	N	N	N		0		0		0		N		N		N		N		N		N		N	
	10	IDE	1a	N	0	0	N	N	N	N		0		0		0		N		N		N		N		N		N		N	
TOTAL			2	2	5	7	0	5	5	0	10	7	3	5	5	7	3	3	7	2	8	0	10	0	10	5	5	2	8	0	10

		PRO	Q1	Q2						Q3		Q4		Q5		Q6		Q7		Q8		Q9		Q10		Q11		Q12		Q13	
				R	F	C	T	c	D	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
R 3 MARSEILLE DIABETE	1	IDE	1a	0	N	0	0	0	N	0		0		0		0		0		0		N		N		N		N		0	
	2	IDE	2a	0	N	N	0	0	0	0		0		0		0		0		0		N		N		N		N		0	
	3	IDE	2a	0	N	N	N	0	0	0		0		0		N		0		0		N		N	0		0		0		
	4	IDE	3a	0	0	N	N	0	0		N		N		0		N		0		0		N		N	0		0		0	
	5	MED	3a	N	N	0	N	0	N		N	0		0		0		0		0		N		N		N	0		0		
	6	MED	3a	0	N	0	N	0	0		N	0		N		0		0		0		N		N		N	0			N	
	7	DIET	3a	N	N	N	N	0	N		N	0		N		0		0			N		N		N		N	0		0	
	8	POD	1a	N	N	0	N	0	N	0			N		N		0			N		N		N		N	0			N	
	9	POD	2a	N	0	0	N	0	0		N	0		0		0		0			N		N	0		N	0			N	
	10	POD	3a	N	0	0	N	N	0		N	0		0		0		0		0		N		0		0			N		0
TOTAL			2,3	5	4	6	2	9	6	4	6	8	2	7	3	8	2	9	1	7	3	0	10	2	8	3	7	7	3	7	3
R 4 SLA PACA OUEST	1	IDE	5a	0	0	0	0	0	0	0		0		0		0		0		0		N		N	0		0		0		
	2	IDE	2a	0	N	N	N	0	0	0		0		0		0		0			N		N		N		N	0		0	
	3	IDE	3a	0	0	0	N	0	0	0		0		0		0		0		0		N		N	0		0		0		
	4	IDE	4a	0	0	0	N	0	0	0		0		0		0		0		0		N		N	0		0		0		
	5	IDE	1a	0	N	N	N	0	0	0			N		N		N		0			N		N	0			N		N	
	6	IDE	3a	N	N	0	0	0	0	0			N		0		N		0		0		N		N	0		0		0	
	7	IDE	5a	0	0	0	N	0	0	0		0		0		0		0		0		N		N	0			N		0	
	8	IDE	4a	0	0	0	0	0	0	0		0		0		0		0		0		N		N	0			N		0	
	9	IDE	1a	0	N	N	0	0	N	0			N		N		N		0			N		N	0		0			N	
	10	IDE	2a	0	0	0	0	0	0	0		0			N		N		0			N		N		N	0		0		
TOTAL			3a	9	8	7	5	10	9	10	0	7	3	7	3	6	4	10	0	6	4	0	10	2	8	7	3	8	2	8	2

		PRO	Q1	Q2						Q3		Q4		Q5		Q6		Q7		Q8		Q9		Q10		Q11		Q12		Q13	
				R	F	C	T	c	D	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
R 5 RSP 13	1	IDE	2a	0	N	N	N	0	N	0		0		0		0		0		0		N		N		0		0		N	
	2	IDE	2a	0	N	N	N	0	N	0		0		0		0		0		0		N		N		0		0		N	
	3	IDE	3a	0	N	N	N	0	0	0		0		0		0		0		0		N		N		0		0		N	
	4	IDE	1a	0	N	N	N	0	N	0		N		0		0		0		0		N		0		0		N		0	
	5	IDE	1a	0	N	N	0	0	N	0		N		N		0		0		N		N		0		0		N		0	
	6	MED	3a	0	N	0	0	0	N	0		0		N		0		0		0		N		N		0		0		N	
	7	MED	2a	0	N	0	0	0	N	0		0		0		0		0		0		N		N		0		0		0	
	8	IDE	2a	0	N	N	0	0	N	0		0		0		0		0		N		N		N		N		N		N	
	9	IDE	2a	0	0	N	N	0	0	0		0		0		0		0		N		N		0		N		0		N	
	10	IDE	2a	0	0	N	N	0	0	0		0		0		0		0		0		N		N		0		0		0	
TOTAL			2	10	3	2	4	10	3	10	0	8	2	8	2	10	0	10	0	7	3	0	10	3	7	8	2	7	3	4	6
TOUT RESEAUX CONFONDUS			Q1	Q2						Q3		Q4		Q5		Q6		Q7		Q8		Q9		Q10		Q11		Q12		Q13	
	TOTAL SUR 50		2,5	36	24	27	15	42	32	34	16	38	12	37	13	41	9	42	8	26	24	0	50	7	43	30	20	29	21	27	23
	MOYEN NE SUR 10		2,5	7,2	4,8	5,4	3	8,4	6,4	6,8	3,2	7,6	2,4	7,4	2,6	8,2	1,8	8,4	1,6	5,2	4,8	0	10	1,4	8,6	6	4	5,8	4,2	5,4	4,6

LEGENDE :

- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- KINE : Kinésithérapeute
- MED : Médecin
- PSY : Psychologue
- DIET : Diététicienne
- POD : Podologue

- R : Réunions
- F : Formations
- C : Courrier
- T : Téléphone
- c : Communication informelle
- D : Documents

- 0 : OUI
- N : NON

