



Propositions pour clarifier le terme réseau appliqué au domaine de la santé



Rev Med Suisse 2008; 4: 2024-7

**S. Motamed
A. Rougemont**

**Drs Sandrine Motamed
et André Rougemont**
Institut de médecine sociale
et préventive
Département de santé et médecine
communautaire
Faculté de médecine de Genève
Dr Sandrine Motamed
Service de médecine de premier
recours
Département de médecine
communautaire et de premier recours
HUG, 1211 Genève 14
sandrine.motamed@hcuge.ch

Proposals to clarify the term «network» applied in the field of the health sector

In many technical domains the term «network» is well defined in terms of structures and functions. This is not the case in the social and health sectors where numbers of groupings called themselves networks, suggesting a certain level of interactions, lots of independence, even a will to escape a more restrictive outline-law (foundation, association, federation). However that might be, the concept seems to embrace several dimensions: actors, structures and types of interactions. We would like to bring here a few thoughts aiming to reach a more precise definition, and in particular to formulate some conditions in order to enable the distinction between «network» and others types of functional structures.

Si, dans les domaines technologiques, le terme de réseau est bien défini dans ses structures et dans ses fonctions, il n'en est pas de même dans les secteurs sociaux et sanitaires où nombre de regroupements s'intitulent *réseaux*, suggérant par-là certaines interactions, beaucoup d'indépendance, voire une volonté d'échapper aux cadres juridiques établis (fondation, association, fédération). Quoi qu'il en soit, le concept semble englober plusieurs dimensions: acteurs, structures, types d'interactions. Nous souhaitons amener quelques réflexions visant à aboutir à une définition plus précise, en particulier par l'énoncé de certaines conditions permettant de faire la distinction entre un *réseau* et d'autres types de structures fonctionnelles.

INTRODUCTION

Le débat a été riche autour du thème des réseaux depuis le début des années deux mille. Associations et fédérations de médecins^{1,2,3} assureurs,⁴ médecins «indépendants»⁵ ou «en réseau»^{6,7} chacun a développé sa vision du concept et s'y intéresse pour des raisons économiques ou pour le surplus de qualité qu'ils apporteraient. Certains soutiennent que la pratique médicale peut être qualifiée de *réseau* dès lors que le médecin de premier recours collabore de manière préférentielle, mais en toute indépendance, avec une palette de confrères de différentes spécialités. Pour d'autres, une affiliation à une association professionnelle et une formation continue

adéquate semblent nécessaires. D'autres encore y ajoutent la participation à un véritable *cercle de qualité*. Mais de tels critères ne suffisent pas à nos yeux, pour qu'un quelconque regroupement puisse être qualifié de *réseau*.

En France, le terme réseau est souvent appliqué à une série de mesures plus ou moins coordonnées autour d'une *maladie*. Il en existe quelques exemples en Suisse. Mais le plus souvent dans notre pays, le terme concerne plutôt un processus plus justement nommé *filière de soins*. La filière sert à organiser l'accès au système de santé. Le patient transite par un médecin de premier recours, un *gate keeper*, qui fait partie d'une liste reconnue par une caisse-maladie. Ce dernier devient, dans l'idéal, le gestionnaire de l'état de santé du patient, en partenariat avec ce dernier. Il l'oriente en fonction des besoins vers différents prestataires de services, réalise la synthèse des informations et le suivi de la prise en charge.

Nous souhaitons amener ici quelques réflexions visant à aboutir à une définition plus précise, en particulier par l'énoncé de certaines conditions permettant de faire la distinction entre une structure fonctionnelle de type: a) *réseau*; b) *pyramidal* (hiérarchique) et c) *toutes autres formes de regroupements* (association, fédération, système, etc.).

Considérons tout d'abord qu'un *service de santé* doit produire un certain nombre de prestations (*sorties, output*), avec des ressources généralement limitées (*entrées, input*), et que l'analyse de son rendement (*sortie: entrée*) devrait permettre de gérer son fonctionnement au mieux des besoins et des intérêts de la population (*planification*).⁸



La notion de *rendement* est, d'après nous, au cœur de la définition du réseau : définir ce que la collaboration est censée produire et en évaluer l'efficacité. Ceci sous-entend la notion de *besoins*. Le réseau a sa raison d'être, s'il répond à un besoin établi.

Par exemple, les hôpitaux d'une région donnée sont répartis sur différents sites géographiques et proposent chacun une panoplie de prestations. En fonction de la fréquence d'utilisation des ressources disponibles et de leurs coûts, l'existence de toutes ne se justifie pas (en permanence) sur chaque site. Un chirurgien très spécialisé peut exercer sur plusieurs sites, de même qu'un patient peut avoir à se déplacer pour bénéficier de l'expérience et des équipements d'une équipe unique dans le *réseau*.

Dans un tel cas, les *buts* et les types d'*interactions* ont été déterminés à l'avance. Il s'agit de répondre aux besoins en matière de soins à la population au meilleur coût par la mobilité des ressources et des bénéficiaires, voire le regroupement des structures les plus sophistiquées. On se souviendra à ce sujet des fortunes diverses d'un certain RHUSO.⁹

Pour coordonner les échanges et distribuer les prestations, un organe de *coordination* (et non de *direction*) est nécessaire. Les échanges entre *partenaires* procèdent d'un consensus rediscuté périodiquement. La recherche d'un équilibre équitable remplace la lutte pour la suprématie hiérarchique. Il y a *interdépendance*. L'engagement réciproque s'en tient aux termes d'un contrat d'objectifs, plus ou moins formel. Les activités sont quotidiennes et ne se résument pas à des assemblées annuelles statutaires et à quelques réunions techniques.

Considérons maintenant la structure *pyramidale*, hiérarchique.¹⁰ Dans une telle structure, les éléments sont *dirigés* à partir du sommet qui se définit principalement par la production de directives. Aux niveaux intermédiaires, ces directives sont répercutées vers les niveaux inférieurs jusqu'à la base où seule est possible l'application des directives venues d'en haut. Rares et peu efficaces sont les retours du *bas vers le haut*, excepté dans le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler «les mouvements sociaux». On peut ainsi constater (figure 1) que quatre pas sont obligatoires pour passer

de *a* à *c* en vertu du principe de la voie hiérarchique et du cloisonnement sectoriel (les secteurs sont symbolisés D1, D2, D3 sur la figure 1). Cette organisation cristallise ainsi non seulement le risque de perte de communication entre les éléments de la base pourtant censés collaborer activement au fonctionnement de l'ensemble du système, mais aussi la difficulté de mobilisation de ces derniers qui doivent reconnaître le *besoin* là où la direction l'entend.

Dans une structure *en réseau* (figure 2), on ne retrouve pas les contraintes du système hiérarchique. Chaque élément est, par définition, en contact direct avec tous les autres. Un seul pas est nécessaire pour franchir la distance entre tous les partenaires. Cette situation est la plus favorable du point de vue de la qualité et de la quantité des interactions possibles.

On peut cependant émettre certaines critiques fondées à l'encontre de ce modèle. En effet, les négociations permanentes rendues possibles par l'absence de hiérarchie et l'autonomie relative des partenaires apparaissent a priori comme un frein à l'efficacité. Notons qu'on peut se poser la même question à propos du fonctionnement démocratique des sociétés modernes. Par ailleurs, une certaine hétérogénéité dans le *poids* des éléments constitutifs peut induire la suprématie de l'un d'eux, souvent appelé *leading house*, qui présente les inconvénients de la hiérarchie sans ses avantages. Il est donc important de veiller à ce que le développement propre des différents éléments du réseau puisse *déplacer* ce qui pourrait être assimilé à un *centre de gravité*.

La distinction entre *réseau* et *hiérarchie* nous a paru indispensable pour clarifier quelques points. L'efficacité apparente est, à court terme, plus grande dans la structure hiérarchique. On évite ainsi les *négociations permanentes* et les *discussions stériles*. On pourrait dire, en parodiant la physique, que dans un tel système *l'entropie* est minimale... et l'iniquité maximale, d'où les résultats des études de Whitehall (figure 3) qui mettent en évidence, la fragilité sanitaire des travailleurs privés de tout pouvoir décisionnel : paradoxe d'une structure dévolue à la santé de la population.

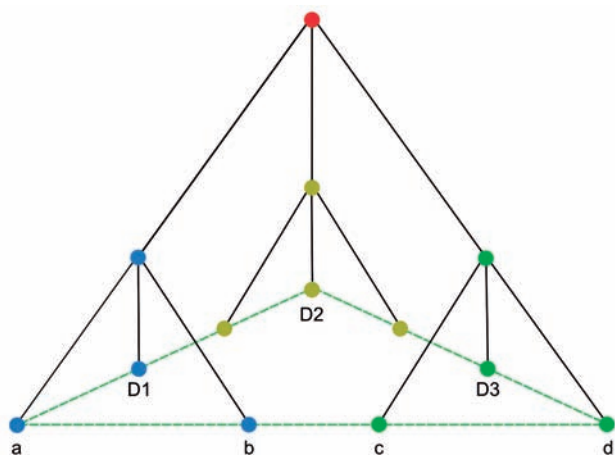


Figure 1. Structure pyramidale, hiérarchique
Descriptif dans le texte.

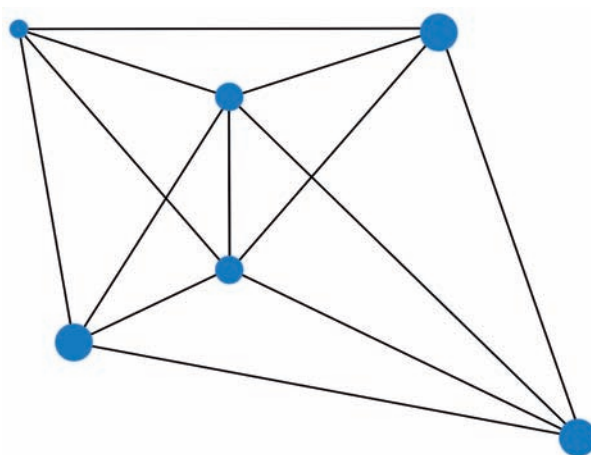


Figure 2. Structure en réseau
Descriptif dans le texte.

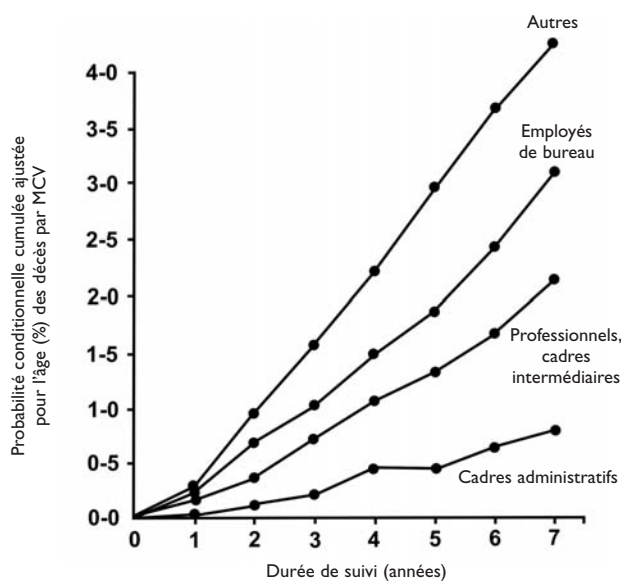


Figure 3. Mortalité par maladies cardiovasculaires selon la durée du suivi et la position hiérarchique

MCV : maladie cardiovasculaire.
Adapté de Marmot, Rose, Shipley, Hamilton, 1978.

Récapitulons les quelques caractéristiques évoquées qui conditionnent, à nos yeux, l'usage légitime du terme *réseau* :

- besoins et buts communs énoncés et reconnus par les différentes structures ou éléments partenaires.
- Rendement mesurable (rapport entre investissements et résultats obtenus ; nécessité de définir des objectifs aptes à apprécier ces derniers, etc.).
- Formalisation de la collaboration (niveau à définir dans chaque cas).
- Communication *directe, continue et durable* entre les membres ou les éléments de la structure.
- Gouvernance par *coordination* et non par *direction* (pas de hiérarchie globale).

DÉFINITION DU RÉSEAU

Ainsi, nous proposons d'attribuer le terme de réseau à une collaboration entre des éléments de nature semblable ou dissemblable, mais liés par un contrat plus ou moins formel, visant à satisfaire des aspirations communes et à combler au mieux les besoins des populations desservies. Le rendement doit être visible, la collaboration doit évoluer dans la durée, entre des structures interdépendantes, mais qui restent autonomes.

ALORS, RÉSEAU OU PAS RÉSEAU ?

Si l'on accepte les critères suggérés, voyons comment, sans jugement de valeur, l'on pourrait qualifier certaines collaborations existant dans le domaine de la santé.

Qu'en est-il, par exemple, d'une association professionnelle (médecins, pharmaciens, autres personnels de santé) ?

Les *aspirations* des membres sont de pérenniser des

acquis (profil professionnel, revenus, image sociale) et de développer les compétences du domaine concerné. L'Association veille à défendre les intérêts professionnels et économiques de la profession, à garantir la formation de base, voire à encourager la recherche. Mais les modalités de la mise en œuvre ne sont en général pas décrites, pas plus que le rendement espéré. Les interactions structurées et permanentes entre les membres n'existent que rarement, et sont surtout de nature socialisante lors d'assemblées, de congrès.

Ainsi, une telle structure ne se présente pas comme un réseau, mais comme une organisation de défense d'intérêts individuels similaires.

De nombreuses autres collaborations ne répondent pas non plus aux critères suggérés. Citons celles qui, par exemple, associent certaines pharmacies dans un but clairement commercial. Nous ne sommes pas partisans de reconnaître ce seul élément comme un réseau d'interactions répondant aux besoins de la population et apte à améliorer la prise en charge des patients.

Cette situation est à distinguer des regroupements visant la mise en commun et la valorisation de compétences, comme les *cercles de qualité*. On peut dans ce cas considérer que le bénéfice n'est pas unilatéral pour le professionnel qui améliore sa pratique, sa réputation, sa clientèle, mais contribue à une meilleure prise en charge de la population grâce à l'apprentissage de la gestion de l'incertitude, du risque et de la subjectivité. Mais un cercle de qualité en soi ne répond pas à l'ensemble des conditions émises, en particulier du fait que les interactions ne sont pas continues.

Néanmoins, si une *filière de soins* alliait ses compétences de coordination, de partage de l'information autour d'un patient, à une réflexion structurée de type cercle de qualité, produisant non seulement des économies d'échelle, mais aussi et surtout des modèles d'action (itinéraires de soins pour maladies chroniques spécifiques, directives standardisées, etc.), il ne manquerait à notre avis que la capacité à démontrer une amélioration de la qualité des prestations, pour que la terminologie de *réseau* puisse s'y appliquer. A noter qu'ici nous lions rendement à *qualité* et non pas à *économie*. En effet, il semble qu'actuellement les économies réalisées par les filières de soins bénéficient surtout aux assurances, et que les tarifs des primes ne sont pas forcément les plus bas pour les patients. Mais le développement de telles structures finira sans doute par influencer véritablement les assureurs dans le sens d'une baisse des primes. Dans l'intervalle, nous encourageons ce changement de paradigme. ■

Implications pratiques

- Les modèles d'organisation des soins sont particulièrement discutés dans notre pays qui cherche à diminuer la part du produit intérieur brut destinée à la santé, tout en maintenant la qualité
- Pour que ce débat puisse avoir lieu, il est essentiel que la terminologie soit définie
- Le terme «réseau» en particulier a besoin d'être clarifié



Bibliographie

- 1** Interview de J. de Haller. La FMH délivre sa panacée : les réseaux de médecins. Tribune de Genève 29.8.2006. www.amge.ch/index.php?Itemid=96&id=1288&option=com_content&task=view
- 2** Muff B. De l'importance des réseaux de médecins. Bull Med Suisses 2007;88:27-8. www.saez.ch/pdf_f/2007/2007-28/2007-28-690.pdf
- 3** Villard G, Boudry JF. Un meilleur contrôle des dépenses par les réseaux de soins. Le Temps. 8.04.2008. www.amge.ch/index.php?Itemid=96&id=2167&option=com_content&task=view
- 4** Santé suisse. Faits et chiffres. 2006;1:1-4.
- 5** Geissbühler P. Les réseaux de médecins : ce que j'en pense (15). Rev Med Suisse 2008;4:1469. www.medhyg.ch/article.phd3?sid=3039
- 6** ** Schaller P, Raetzo MA. Les réseaux de médecins : ce que j'en pense (14). Rev Med Suisse 2008;4:1421. www.medhyg.ch/article.phd3?sid=3030
- 7** Weber A. Réseaux médicaux comme catalyseurs d'innovations. Managed Care-retour vers le futur. Une publication du Forum managed care, Mai 2008. Six articles disponibles auprès de www.fmc.ch
- 8** ** Cochrane AL. L'inflation médicale, réflexions sur l'efficacité de la médecine. 1977. Paris : Ed Galilée, (épuisé, disponible chez les auteurs).
- 9** Grand Conseil. Mémorial. 54^e législature – 2^e année – Session 01 (novembre 1998) – Séance 44 du 05.11.1998. www.geneve.ch/grandconseil/memorial/data/540201/44/540201_44_partie6.asp
- 10** * Powell WW. Neither market nor hierarchy: Network forms of organization. Research in organizational behavior. 1990;12:295-336.
- 11** ** Siegrist J, Marmott M (Eds). Social inequalities in health: New evidence and policy implication. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- 12** ** Marmot M, Rose G, Shipley M, Hamilton PJS. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. J Epidemiol Community Health 1978;32:244-9.

* à lire

** à lire absolument