

## Les réseaux de santé une nouvelle approche organisationnelle du secteur de la santé

### Health networks - a new organisational approach to the health sector

MOHELLEBI Samya <sup>\*1</sup>

<sup>1</sup>Université Mouloud MAMMERY, Tizi ousou, Algérie, samya\_mohellebi@yahoo.fr

Reçu le: 15/09/2021

Accepté le: 15/12/2021

Publié le: 30/12/2021

#### RESUME :

Il est important de distinguer, en matière de santé, deux types de réseaux : les réseaux de soins inspirés des organismes d'entretien de la santé HMOs (Health Maintenance Organization) américains qui sont les précurseurs dans l'adoption de cette forme d'organisation et dont l'objet a été de mieux coordonner les soins pour maîtriser les dépenses de santé ; et les réseaux de santé qui renvoient à des organisations correspondant à une approche globale du patient et qui se répondent dans les régions difficiles ou tout simplement pour les populations en situation précaire mais essentiellement pour répondre au développement des pathologies.

**Mots clés:** Réseaux en santé, l'évaluation des réseaux de santé, nouveaux métiers en santé, la pratique médicale, acteurs du réseau de soin.

**Jel Classification Codes:** H51; I28 ; J18; K32 ;

#### ABSTRACT:

It is important to distinguish, in terms of health, between two types of network: care networks inspired by the American HMOs (Health Maintenance Organizations), which are the precursors in the adoption of this form of organization and whose aim has been to improve the coordination of care in order to control health expenditure; and health networks, which refer to organizations corresponding to a global approach to the patient and which are found in difficult regions or simply for populations in a precarious situation, but essentially in order to respond to the development of illnesses

**Keywords:** Health networks, evaluation of Health networks, new professions in health, medical practice, actors in the care network.

**JelClassificationCodes:** H51; I28 ; J18; K32 ;

---

*\*Auteur correspondant*

## **1. Introduction:**

Notre société d'aujourd'hui est qualifiée de société de l'information, société de connaissances et du savoir, une société en réseaux ; des qualificatifs qui, bien que divers, se rejoignent dans leurs attributs. Le développement de l'informatique et des technologies de l'information et de la communication ont permis l'essor de l'information en la propulsant au rang de ressource stratégique et de matière première à la prise de décision. En conséquence de quoi, le travail coopératif se substitue aux relations concurrentielles inter et intra organisation.

Le secteur de la santé soumis, ainsi, à des contraintes fortes liées aux évolutions sociales, économiques et technologiques ; mobilise les apports des technologies de l'information et de la communication inspirant les activités du secteur de la santé, qui ne pouvait rester à l'écart de ces évolutions à s'organiser autour des réseaux.

Alors que les contributions, analyses et études sur les réseaux de santé et les réseaux de soins foisonnent, quel est donc l'intérêt que suscite cette forme d'organisation dans le domaine de la santé ? et quelles initiatives individuelles ou coordonnées par les pouvoirs publics pour leur donner vie ?

Dans cet article, notre propos s'attachera dans un premier temps à cerner la notion de réseaux dans le domaine de la santé ainsi que les conditions de mise en place de ces derniers ; nous mettrons l'accent sur les apports et gains associés à l'adoption de cette forme d'organisation dans le domaine de la santé et nous finirons avec le rôle prépondérant de l'Etat dans la pérennisation de ces organisations.

## **2. Réseaux de santé versus réseaux de soins :**

Il est important de distinguer, en matière de santé, deux types de réseaux. Les réseaux de soins (Bourret (2008), page 90) qui répondent à une démarche des organismes de sécurité sociale, d'assureurs ou d'hôpitaux inspirée des organismes d'entretien de la santé HMOs (Health Maintenance Organization) américains qui sont les précurseurs dans l'adoption de cette forme d'organisation et dont l'objet a été de mieux coordonner les soins pour maîtriser les dépenses de santé. Les réseaux de santé, quant à eux, sont des organisations qui correspondent à une approche globale du patient et qui se répondent dans les régions difficiles telles que les banlieues défavorisées ou tout simplement pour les populations en situation précaire mais essentiellement pour répondre au développement des pathologies.

Pour certains auteurs, La distinction entre réseau de soins et réseau de santé se fait sur la base du recours et de l'usage des TIC. Ainsi, l'opposition (Bourret,

(2008), page 93) réseaux de santé /réseaux de soins est relevée par S. Grosjean et L. Bonneville comme relevant de la logique d'implantation des TIC dans le secteur de la santé. Pour ces derniers, les réseaux de santé relèvent davantage d'une logique médico-sociale intégrative ayant pour objet la prise en charge coordonnée du patient ou d'une pathologie alors que les réseaux de soins relèvent d'une logique technico-économique dont l'objet est la recherche de la maîtrise des dépenses de santé à travers l'identification et le calcul des coûts.

### **2.1. Les réseaux de santé :**

Les théories des organisations présentent le réseau comme une forme organisationnelle souple et flexible, qui permet à l'organisation de répondre aux turbulences, instabilités et la complexité croissante de l'environnement de ces dernières dès le milieu des années 70. Dans le domaine de la santé, c'est au cours des années 80 que le terme réseaux commence à être mobilisé ( BONAFINI, 2010, page 3) sans pouvoir pour autant lui donner une définition précise.

Un réseau de santé peut être appréhendé comme le regroupement volontaire de plusieurs personnes ou pôles de compétences en vue de répondre à un besoin de santé publique identifié sur une aire géographique déterminée. Cette définition suggère le regroupement des personnes ou des organisations de compétence sous une impulsion propre renvoyant à une démarche de consentement et d'entente réciproques. Ce qui relève très souvent d'une démarche qui trouve son sens dans les affinités des éléments au cœur de cette organisation sont ainsi omis mais seront soulevés avec le temps à l'instar de l'objet ainsi que des objectifs et l'obligation de l'évaluation des réseaux en santé, illustrés dans cette définition donnée par le législateur Français d'après la loi du 4 mars 2002 sur les droit des malades et la qualité du système de santé en France comme suit : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaire, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activité 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 de santé publiques. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ». En effet, au de là des éléments précités, cette définition a le mérite de remettre le patient au cœur du réseau de santé en favorisant l'accès aux soins toute en précisant les différentes manières de s'organiser pour la prise en charge du patient et de ces besoins. Elle vient aussi affirmer l'existence de différents types de réseaux en santé.

## **2.2. Les types de réseaux en santé**

Aujourd'hui, il est difficile d'établir une typologie (BONAFINI, 2010, page 4), exhaustive des réseaux de santé existants, toutefois sont distinguées les catégories suivantes :

**2.2.1. Réseaux thématiques :** ils visent à la prise en charge d'une pathologie, le plus souvent chronique telle que le diabète, le cancer ou encore l'asthme ; mais aussi d'une population spécifique , ou qui peuvent encore prendre la forme de spécialité ou d'organe à l'exemple de l'urologie, digestif...etc.

**2.2.2. Réseaux de territoire :** ces réseaux sont très impliqués dans la prise en charge. Ils assurent des soins sur un territoire donné, il s'agit par exemple d'un réseau d'hospitalisation à domicile.

**2.2.3. Réseaux de proximité :** très souvent ils cherchent à associer les domaines du sanitaire et du social et dans leur fonctionnement, on peut trouver des principes de médecine communautaire.

**2.2.4. Réseaux de moyens :** ils s'organisent autour d'un partage des ressources ou compétences dans des domaines spécifiques tels que l'hygiène hospitalière.

**2.2.5. Réseaux techniques :** forme de réseaux de moyens qui sont supportés par des outils spécifiques à l'exemple de la télémédecine.

Au regard de cette diversité, la combinaison de ces types de réseaux sur le terrain ne trouve aucun obstacle à s'installer sous forme de diverses coopérations à plus forte raison que cette dernière est la raison d'être de tout réseau. Néanmoins, le réseau s'appuie sur les relations de confiance qui se renforce par la pratique et la réputation. Il s'agit pour les partenaires de développer des comportements coopératifs et ce dès les premiers moments de la création du réseau et c'est la raison pour laquelle le moment le plus sensible de ces réseaux reste le moment de sa création donc ses débuts. Cela étant il n'en demeure pas moins que ces derniers restent soumis à des conditions qui prédéterminent tout au long de leur existence leur réussite.

## **3. Les conditions de mise en place des réseaux en santé :**

### **3.1. Le réseau se constitue pour entériner une organisation déjà existante**

Cela implique que (SOULIE, (1995), page 747), l'organisation de l'activité médicale, en réseau, doit être le fruit d'un travail et d'une activité médicale déjà

organisée sur le terrain ; ils sont construits et émanent des réseaux relationnels des professionnels de santé. Ce type de réseau nous renvoie à la conception du soin ayant pour base les liens amicaux et la confiance qui lient les professionnels de soins ; donc les agents sont organisés de manière volontaire et non par injonction des pouvoirs publics. Il est donc important voir même impératif de laisser l'activité s'organiser d'elle-même et ce en raison du fait que cela implique d'important changements comportementaux par rapport à ce qui est en pratique. Il revient aux agents et acteurs d'adopter la démarche à suivre afin de définir l'objet du réseau ses objectifs d'une manière claire pour que ces derniers soient acceptés de tous. Cette condition est récurrente à la première phase, et l'une comme l'autre nécessitent du temps, et ce dernier reste un facteur déterminant pour la réussite de la conception des réseaux .Il faut donner aux acteurs le temps nécessaire pour la concertation et l'acceptation de la formulation de l'objet et des objectifs. Parce que le travail en réseau est un travail coopératif, les acteurs travaillent dans un cadre de coopération quant ils se font confiance et la confiance se fonde sur les relations de connaissance et d'amitié à priori.

### **3.2.Le réseau doit être centré sur un objet :**

Le réseau est appelé à être centré sur son sujet à savoir l'individu et le problème à traiter tel que le maintien à domicile du patient, les urgences une pathologie bien précise (SIDA) ...etc. et c'est à partir des besoins ressentis par le patient que va s'organiser la coordination du réseau.

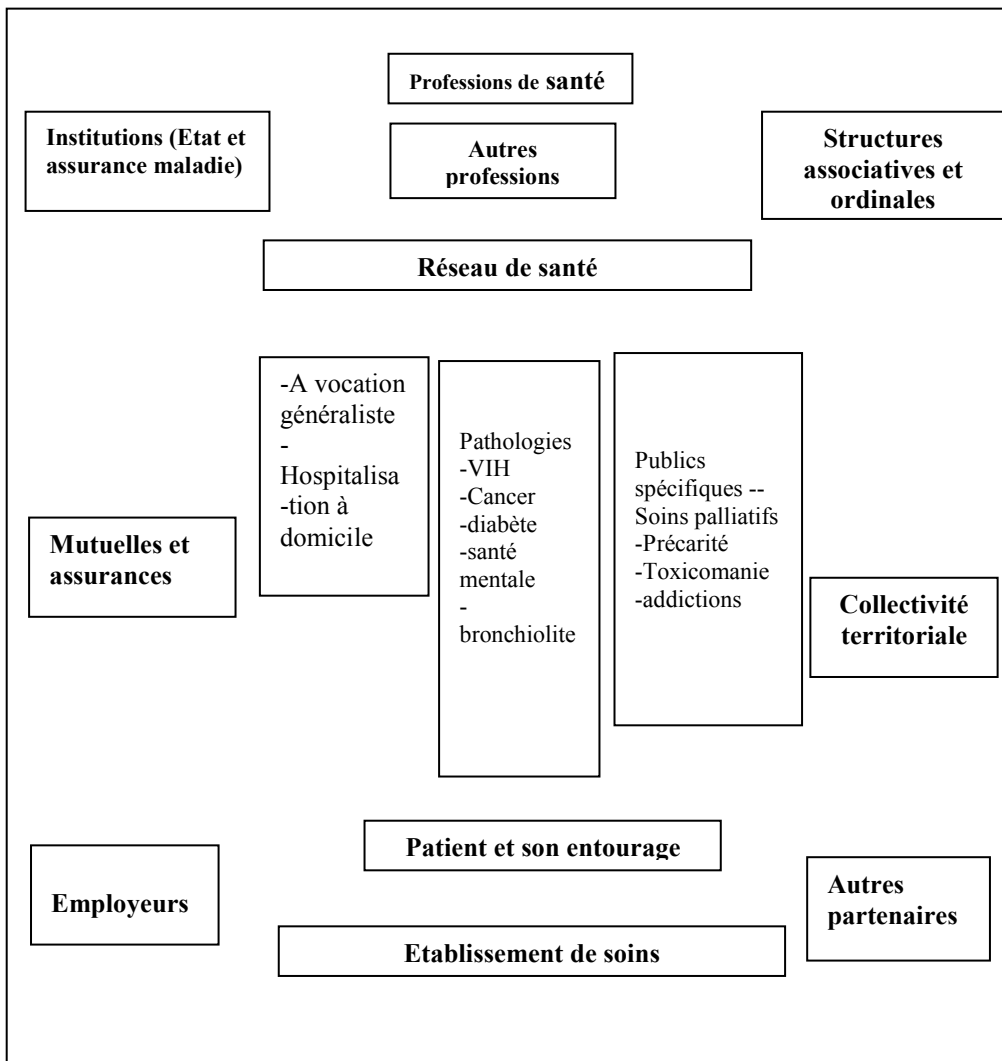
### **3.3.Le réseau doit comprendre tous les acteurs concernés par le problème :**

Tout réseau (FRRS PACA (1999), Paris page 9), part de la constatations d'un nouveau besoin de santé qui fait appel à plusieurs compétences. Ces dernières peuvent être toutes issues d'un même milieu professionnel à l'exemple d'un groupe de médecins généralistes ou de milieu socioprofessionnels divers à l'exemple d'une aide soignante, un médecin généraliste, un volontaire d'association voir la figure1 suivante.

**Figure 1: Les groupes d'acteurs des réseaux de santé**

## Les réseaux de santé une nouvelle approche organisationnelle du secteur de la santé

---



Source : C. BOURRET, 2004/3, volume 41, p 176

Il est important, avant tout, pour ces acteurs d'avoir des capacités à s'insérer dans une trajectoire réseau qui débute par un simple carnet d'adresse allant jusqu'à la constitution d'un véritable réseau coordonné. Le réseau doit faire appel à toutes les compétences aussi distinctives et diverses soient-elles car le moindre

oubli (SOULIE, (1995), page 747) va être une source de rejet et de fortes résistances.

#### **3.4 .Le réseau n'a pas de hiérarchie :**

Les acteurs du réseau (SOULIE, 1995, page 747) sont des partenaires et à cet égard, ils sont à égalité de droits et de devoirs. Chacun a le pouvoir de sa compétence. Effacer la hiérarchie est un des points les plus difficiles à réaliser à plus forte raison qu'il brusque les fonctionnements actuels aussi bien dans le rapport médecin/autres professionnels que rapport hôpital/ambulatoire et pourtant le réseau ne peut pas fonctionner autrement que dans le respect de chacun de ses maillons qui ait à la fois son autonomie et la conscience de son rôle dans le réseau. C'est ce qui va responsabiliser les acteurs et les rendre plus performants.

#### **3.5.Un système d'information comme préalable :**

Le travail en réseau exige que soit mis en place un système d'information aussi peu développé soit-il ; il peut donc s'agir uniquement d'un cahier de transmission, d'un dossier médico-social ou plus évolué tel l'informatique, le téléphone, fax ou même de la télétransmission. L'information doit donc circuler entre les différents acteurs de ce réseau. Bien que le travail dans le domaine de santé exige une certaine confidentialité, ce qui met en jeu le problème du secret médical. La circulation d'information au sein du réseau ne doit pas altérer le caractère confidentiel de certaines informations. Des solutions sont donc trouvées pour satisfaire tout les acteurs dans cet aspect, car cet aspect de l'information médicale ne doit pas servir de motif pour s'y abriter et limiter la diffusion de l'information. Il s'agit de la charte du patient hospitalisé.

#### **3.6. La nécessité de la formation**

Le travail en réseau constitue un lieu d'apprentissage permanent pour l'ensemble des acteurs de ce dernier. L'objectif de cette formation est l'amélioration continue des compétences par le perfectionnement des professionnels en vue d'une adaptation à la demande d'amélioration de la qualité du service rendu donc des soins. Le besoin de formation est ressenti par les acteurs eux-mêmes qui n'hésitent pas à réclamer des formations pluridisciplinaires voir même pluri professionnelles car ces dernières présentent l'argument d'être plus enrichissantes.

#### **4 .L'évaluation des réseaux en santé :**

L'évaluation est un concept difficile à cerner en ce sens qu'il est très délicat d'arrêter les modes et critères de base servant à l'évaluation d'autant que cette dernière peut comporter des considérations subjectives.

##### **4.1. Les modes d'évaluation des réseaux :**

Deux modes d'évaluation des réseaux en santé sont possibles :

- **Une auto-évaluation** (SOULIE, (1995), page 749) qui se traduit par la responsabilisation des acteurs, ces derniers seront ainsi poussés à mieux connaître leur travail donc à rechercher les meilleurs résultats à leur intervention. C'est une démarche certes motivante dans la mesure où l'acteur est en quête d'efficacité et de qualité, toutefois elle reste très critiquée par les payeurs car elle est souvent interprétée comme une démarche d'autosatisfaction.
- **Une évaluation externe** bien qu'elle soit lourde en procédure et en coûts, elle est au moins ponctuellement nécessaire parce qu'elle se prête moins à la subjectivité toutefois il ne faut pas perdre de vue qu'une auto-évaluation initiées par les acteurs eux-mêmes est encore plus susceptible d'engendrer des modifications dans le comportement de ces derniers et qui vont à leur tour maintenir voir même améliorer la qualité de leurs prestations.

##### **4.2. Les critères d'évaluation des réseaux:**

Les réseaux en santé peuvent être évalués à travers trois critères que sont:

- L'évaluation de la qualité des soins prodigués aux malades pris en charge qui peut être appréciée objectivement par des critères permettant de situer l'état de santé de chaque malade ; ou subjectivement et ce en recueillant le ressenti des malades et de leur entourages
- L'évaluation du fonctionnement du réseau qui se fait par l'appréciation de l'utilité et de la pertinence de l'organisation et des fonctionnalités mises en œuvre à l'exemple du nombre de malades pris en charge par le réseau
- L'évaluation du coût de fonctionnement du réseau.



## 5. Les apports des réseaux à la santé

Des enjeux majeurs sont liés au développement des réseaux de soins. En effet les réseaux seraient à même de :

### 5.1. Décloisonner le système de santé :

La pratique médicale exige l'intervention coordonnée de professionnels de compétences diverses ; l'intégration de l'action de ces professionnels se heurte essentiellement aux clivages et cloisonnement identifiés au sein du système de santé, ils sont nombreux et se situent à des niveaux de réalités complémentaires à savoir :

- Le cloisonnement entre disciplines médicales de plus en plus spécialisées ( VINOT,(2001), page 362), aux champs d'action de plus en plus étroits ;
- Le cloisonnement entre hôpital et médecine ambulatoire, généralistes et médecins spécialistes, entre médecins et administrateurs ;
- Le cloisonnement entre champs social et champs médical ;
- Le cloisonnement entre prévention, médecine curative et réinsertion ;
  - le clivage entre l'Etat représenté à travers le ministère de la santé et l'assurance maladie ;
  - le clivage entre la médecine privée et l'hospitalisation elle aussi publique avec les hôpitaux et privée avec les cliniques privées ;
  - les clivages entre les professionnels de la santé et les professions non médicales ;

Ces clivages constituent des sources importantes de coûts et de manque de productivité ; les réseaux de soins supposent de faire converger les différentes approches et représentations professionnelles donc les hôpitaux, la médecine privée, les infirmières, les travailleurs sociaux.....etc. dans un objectif de construire de nouvelles pratiques centrées autour du patient.

Un certain nombre d'auteurs (Bonafini, (2004), page7), Bejean, Gadreau,(1996) ; Brémond,(1998) ; Patte,(1998) , dans leur travaux de recherche, associent aux réseaux, cette possibilité de décloisonner le système de santé à divers niveaux, ce qui est bien, le cas entre le secteur public et le secteur privé

mais encore entre les établissements et ce à travers la co-utilisation des équipements, sans omettre les décloisonnement entre les professionnels donc entre médecins spécialistes et médecins généralistes, et l'intégration des acteurs du secteur social.

### **5.2. Replacer le patient au cœur du système de santé :**

De par définition, les réseaux s'organisent autour de pathologies, de patient ce qui replace systématiquement ce dernier au cœur du système. Le patient satisfait ainsi son besoin incessant et grandissant de recherche de soins de qualité puisque l'organisation réseau l'associe (Bonafini, (2004), page 6), à la prise en charge de ses problèmes de santé et ce en lui accordant un rôle actif dans le réseau. Bien plus encore puisqu'on parle même de trajectoire Bonafini, (2004), page 6) du patient dans la mesure où cette trajectoire se présente sous forme de filière organisée pour assurer une dans l'accès aux dispositifs et une continuité des soins grâce à une meilleure orientation des usagers tout en garantissant une certaine cohérence entre les prises en charge hospitalière et les prises en charge ambulatoires

### **5.3. Maîtrise de l'information et amélioration des processus de communication :**

La maîtrise de l'information est l'enjeu majeur de l'adoption des réseaux de soins dans un grand nombre de pays qui ont vu se développer cette forme d'organisation. Il faut le croire, les réseaux ont complètement remodelé le rôle de l'information en santé et les conséquences ne sont pas négligeables puisqu'on assiste aujourd'hui au développement de nouveaux métiers entièrement dédiés à l'information.

### **5.4. La télémédecine :**

Le concept qui s'est développé aussi est celui de la télémédecine, un concept qui rejoint la pratique médicale à distance donc directement liée au professionnel de santé pour la prise en charge du patient relevant de cinq (5) actes de télémédecine . Le premier étant la **régulation médicale** qui se matérialise à travers l'orientation du patient par un médecin au moyen d'un **centre d'appel** pour la demande d'aide et de secours adaptés aux premiers secours, ensuite vient **la téléconsultation** qui permet à un praticien de faire une consultation à distance, **la téléassistance** qui permet à un praticien d'aider un autre praticien dans un acte médical , **la tété expertise** qui permet à un praticien médical de demander à un autre praticien de l'aide dans la prise en charge d'un patient et **la télésurveillance**

qui rejoint au fait la M-Santé puisque la télésurveillance permet à un praticien la surveillance à distance d'un patient soit en analysant des paramètres médicaux soit des paramètres vitaux.

Par ailleurs le domaines de la e-santé regroupe le système d'information hospitalier , le dossier médicale du patient , elle inclut la télésanté qui pourrait être entendue comme e-santé mais ne l'est pas au fond puisque la télésanté est tout ce qui est service de santé en ligne et elle rejoint donc tout ce qui est internet, le web mais aussi la formation des praticien, l'information des patients et des praticiens, ainsi que le serious-game qui intervient maintenant dans la e-santé. La télémédecine précédemment définie rejoint la télésurveillance à laquelle se rajoute la maison connectée et domotique , à laquelle s'ajoute la **M-santé** donc **les application sur téléphone mobile** et les **objet connectés** et il faut bien distinguer entre application mobiles sur téléphone et objets connectés puisque " un objet connecté est lié à une application sur téléphone très souvent et enfin **la robotique** pas vraiment développée en médecine mais dont on commence à penser les usages tel l'aide au patients en difficulté qui rejoint un peu l'aide à la dépendance. Les domaines de la E-santé sont aussi confus qu'imbriqués, l'engouement pour ces technologies des différents acteurs du système de santé présente plus qu'un argument pour voir leurs domaines se diversifier et en évolution continue.

#### **5.5. Développement de nouveaux métiers de l'information :**

L'émergence des réseaux en santé se traduit par l'affirmation de nouveaux métiers spécifiques qui se reposent sur la construction de compétences propres. Ces dernières se développent grâce à l'importance de la formation et de l'apprentissage collectif ; elles reposent essentiellement sur la complémentarité ( Bourret, (2004), page 178), du savoir et du faire. Les principaux défis émanant des organisations réseaux se traduisent en termes de coordination : il s'agit dans ce type d'organisation de faire converger les représentations partagées avec une nécessité d'assurer l'équilibre dynamique entre l'autonomie des acteurs et la cohérence de la transversalité. Le métier de coordinateur est ainsi le métier le plus spécifique aux réseaux en santé ; la survie et le développement du réseau en dépendent même.

- **Le coordinateur** : il peut être un médecin dans le cas des petits réseaux et son rôle dans ce cas sera de coordonner les soins. Il a pour rôle d'animateur, de facilitateur, de gestion de conflits, de créateur de liens, de passeur et de manager du changement, dans les réseaux plus importants. Les compétences du coordinateur sont supposées interdisciplinaires allant de l'information à la communication, au droit à la gestion ; toutefois les professions et les formations des coordinateurs sont assez diverses ; ils

peuvent être médecins ou infirmiers (es) ayant suivi des formations universitaires complémentaires en gestion, sciences sociales et humaines, des informaticiens ou ingénieurs plus une formation en management de la qualité, ou des formations spécifiques récemment en développement

- **Les médiateurs santé réseau:** les métiers d'intermédiation ( Bourret, (2004), page 178), permettent la coordination, la traçabilité entre les différents acteurs cloisonnés du système de santé. Le médiateur hospitalier se verra dans le futur investi du suivi du patient, son assistance et son écoute.
- **Les hébergeurs de données :** c'est une notion qui suppose une gestion centralisée de l'information ce qui est précisément impératif dans les conditions d'exercice en réseau. Grace aux technologies Internet l'approche réseau est davantage renforcée puisque elle permet le maintien de l'hébergement des données au niveau des différents sites (hôpitaux, cliniques, médecins, assurance maladie, services sociaux entreprises...etc.) ayant reçu les données du patient.

#### **5.6. Des métiers liés à la transformation numérique :**

Les technologies de l'information et de communication se sont affirmées dans le développement des réseaux de santé d'où la transformation des pratiques médicales. Aussi l'acte chirurgical à des milliers de kilomètres de distance, un dossier du patient entièrement numérisé et dématérialisé, ou de véritables muscles créés par une imprimante 3D... etc., sont des pratiques accessibles à l'heure du tout digital et grâce aux progrès en matière d'e-santé. Les métiers susceptibles de se développer en perspective de la combinaison E-santé et réseaux de santé (Adéco médical, juin 2018), sont pour les plus pertinents :

- **Le « human data analyst » ou l'« analyste de données humaines»**

Grâce aux évolutions de l'E-santé, le human data analyst sera en mesure de recueillir les données envoyées par les applications et objets connectés de santé pour déterminer les origines d'une pathologie et même conseiller chaque patient sur les changements à apporter dans son hygiène de vie pour éviter d'autres affections.

- **Le « télé-chirurgien » :**

La télé chirurgie qui a vu le jour à En septembre 2001, avec le professeur Jacques Marescaux réalisant la première opération de télé-chirurgie à longue distance. L'équipe chirurgicale est à New-York, la patiente est à Strasbourg,

opérée par un robot chirurgical. Cette ablation de la vésicule biliaire est une réussite. Les développements apportés à la télé-chirurgie sont si appréciable qu'il sera possible aux télé-chirurgiens d'opérer sur des patients restés dans leur hôpital local, quelle que soit la nature de leur opération.

- **L'« imprimeur d'organes » :**

Des chercheurs de l'Université de Wake Forest, en Caroline du Nord, ont mis au point une technologie d'impression 3D permettant de créer des cartilages, muscles et fragments d'os. Leur secret L'utilisation de cellules souches et surtout la création d'une imprimante à la « résolution » permettant de sculpter des structures avec des vaisseaux de diamètre inférieur à 100 ou 200 micromètres.

Demain, le développement de cette technologie pourrait mener à la naissance du métier d'imprimeur d'organe, qui créerait à la demande le cœur, le rein, le poumon... vital pour un patient.

- **Le « modérateur de données santé » :**

Aujourd'hui, les solutions de carnet de santé connecté fleurissent. Leur but ? Conserver les données santé d'un patient (par exemple : taux de glycémie pour un patient diabétique) et les transférer à son médecin afin de mieux préparer les consultations. Demain, ce principe pourrait être globalisé. Chaque personne disposerait de son dossier de santé connecté l'accompagnant toute sa vie et contenant l'ensemble de ses données santé. Et, face à l'étendue de ces données, le modérateur de données santé s'assurerait que chaque information soit aussi compréhensible pour le patient que pour le médecin et les trierait en fonction des besoins.

## **6. Le rôle de l'Etat dans le développement des réseaux dans le domaine de la santé :**

Le rôle de l'Etat dans le développement de ce type d'organisation est plus que décisif en ce sens que les premières formes d'organisations en réseau trouvent leur origine dans les formations sous forme d'associations pour une mobilisation des patients au travers d'une participation active dans certains protocoles hospitaliers. L'Etat en qualité de législateur intervient en légiférant des lois qui assurent l'exercice dans la continuité des activités de ces associations. Ainsi des textes législatifs sont confectionnés, votés et mis en vigueur afin de définir les règles d'organisation et de fonctionnement des réseaux de santé. A cet effet, on assiste à l'émergence des réseaux « ville-hôpital » pour la prise en charge des addictions en toxicomanie, avec la circulaire n° 72 du 9 novembre 1993 (O.F.D.T.A, documentation Française), relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue qui incite à « apporter un soutien aux

regroupements de médecins libéraux, de créer un poste de médecin au sein de l'hôpital afin de "réaliser l'interface avec le regroupement de médecins et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes ». Il s'agit, en France, du début des réseaux dits « ville-hôpital »

Le constat est fait : le développement des associations qui se mobilisent au travers de leurs activités certains des protocoles hospitaliers vers des réseaux est fondamentalement soutenu par l'action de l'Etat qui intervient à travers les circulaires ainsi la circulaire DGS/SP2 n° 74bis du 2 décembre 1993 définit le cadre dans lequel les directions départementales des affaires sanitaires et sociales peuvent « obtenir le financement des projets s'inscrivant dans le plan santé-ville : les réseaux de santé de proximité, l'accueil des populations démunies à l'hôpital, la formation »; ainsi que la circulaire DGS-DH n° 15 du 7 mars 1994 « relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville-hôpital, dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogues »; Interviennent pour apporter soutien organisationnel mais aussi financier pour une action ciblée dans des domaines tels la toxicomanie, l'hépatite C, le SIDA, le diabète...etc. De même, et toujours en France, la circulaire DGS/DH n° 44 du 9 mai 1995 « relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C », précise que les soins pour ces patients doivent être organisés sous forme de réseaux entre les praticiens hospitaliers et libéraux.

Le rôle grandissant de l'Etat dans le développement et le foisonnement des réseaux est indéniablement lié aux efforts du législateur qui interviennent pour réguler et apporter des solutions aux nombreux conflits rencontrés dans la vie des réseaux de santé. Ainsi dans cette perspective l'Etat s'implique dans le financement des réseaux et à partir de 2002 se crée une nouvelle architecture de références à travers la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 par son article 36 qui modifie le code de la sécurité sociale et crée au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) une dotation nationale de développement des réseaux et sa déclinaison en dotations régionales de développement des réseaux. Cette dotation est parfois appelée 5<sup>e</sup> enveloppe de l'ONDAM. Grace à cette La dotation est de 22 millions d'euros en 2002 ; 46 millions d'euros en 2003 ; 105 millions d'euros en 2004 ; 138 millions d'euros en 2005 ; 125 millions d'euros en 2006.

Par ailleurs à l'heure du développement technologique, il incombe à l'Etat de prendre en charge les nouveaux besoins en cadre formés en adéquation avec les

nouvelles mutations des métiers et des emplois, bien mieux encore, il assure la mise en place du cadre institutionnel qui assure le financement, le fonctionnement et le contrôle et l'évaluation de cette nouvelle organisation afin d'assurer son développement dans la durée, son efficacité et son efficience.

### **7. Conclusion :**

Au terme de cet article nous pouvons dire que quelque soient les impulsions à l'origine de l'organisation de la pratique médicale autour des réseaux de santé, son objet est de rendre le patient au cœur de cette collaboration dans un objectif de lui assurer un accès et une continuité des soins en lui assurant une prévention et une éducation à la santé. Le développement des réseaux, dans le secteur de la santé, s'est imposé comme réalité aux professionnels de la santé et au législateur qui ont su répondre favorablement et jouer un rôle d'acteur propulseur mais aussi aux patients qui se voient aujourd'hui au cœur de cette organisation. On assiste ainsi au développement d'efforts collaboratifs entre professionnels de la santé, la communauté associative, le patient et l'Etat dans un objectif principal qui est la prise en charge des souffrances du patient dans une nouvelle forme dite « **COOPERATIVE** ». La réussite de toute initiative reste tributaire de la volonté de ces membres et au vu du long parcours traversé par les réseaux de santé, il n'en demeure pas moins que pour arriver aux performances escomptées l'implication de tous les acteurs concernés est inconditionnelle avec une prépondérance attestée de l'Etat pour la régulation.

### **8. Références bibliographiques :**

- ADOCCO, **E-santé : à quoi ressembleraient les métiers du futur ?** <https://www.adecco.fr/medical/blog/2018/may/quels-seraient-metier-e-sante-futur/>.
- Béjean S., Gadreau M. (1996), Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé. *Revue d'économie industrielle*, pp 77-97.
- Bonafini.P. (2006), « le développement des réseaux de santé : une injonction paradoxale ? » Actes du 5 e colloque « la métamorphose des organisations » : 17 p. (2006 : Nancy) France

- BOURRET C. (2004), « réseaux de santé et nouveaux métiers de l'information » ; documentaliste-sciences de l'information 2004/3, volume 41, pages 174 -181.
- BOURRET Christian (2008), « les réseaux de santé ou la rencontre des TIC pour décloisonner le système de santé français » in revue tic et société -2(1).
- CARRÉ D., PANICO R.(2000) : « Enjeux socio-médicaux de la modernisation de la santé. Réflexions sur la rationalisation et de la mise en relation électronique du soin et de sa gestion », in Terminal, Printemps-Eté 2000.
- DANIEL C., B. DELPAL et C. LANNELONGUE, (2006), Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR), rapport Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Paris, La Documentation française.
- FRATTINI M.-O. et J.-C. MINO, (2006), Les réseaux, un outil de recherche et développement au service de l'évolution du système de santé, revue Santé publique, vol. 18, n°3, pp. 475-481.
- FRRS PACA (1999), Guide de développement des réseaux, Paris (FRRS PACA, c'est quoi ?).
- O.F.D.T.A, (documentation Française)  
[https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=453](https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=453)
- SCHWEYER, F-X. ; LEVASSEUR, G. ; PAWLIKOWSKA, T. (2000), « Créer et piloter un réseau de santé », Ed. ENSP , Ille et Vilaine paris.
- SOULIE Anne marie (1995), « le travail en réseau : une solution en matière de santé » in revue gestion hospitalière décembre 1995, France.
- VINOT D. (2001), « le réseau de soin face à l'évaluation : des principes aux garde-fous de la démarche » ; in journal d'économie médicale, Vol 19, n°5-6,361-370.