



HAL
open science

LE CONCEPT DE RESEAU DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER FRANÇAIS QUELLES PERSPECTIVES POUR LE PROCESSUS LOGISTIQUE ?

Nathalie Sampieri-Teissier, Isabelle Bongiovanni

► **To cite this version:**

Nathalie Sampieri-Teissier, Isabelle Bongiovanni. LE CONCEPT DE RESEAU DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER FRANÇAIS QUELLES PERSPECTIVES POUR LE PROCESSUS LOGISTIQUE?. “ Réseaux et compétences ” 4ème Colloque international de management des réseaux, Université de Corte, Sep 2000, Corte, France. pp.61-74. hal-01385612

HAL Id: hal-01385612

<https://hal.science/hal-01385612>

Submitted on 21 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

« Réseaux et compétences »
4ème Colloque international de management des réseaux
Corte, 21 et 22 Septembre 2000

LE CONCEPT DE RESEAU DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER FRANÇAIS
QUELLES PERSPECTIVES POUR LE PROCESSUS LOGISTIQUE ?

Nathalie SAMPIERI, Centre de Recherche en Transport et Logistique, Université de la Méditerranée à Aix – Marseille, France.

Isabelle BONGIOVANNI, Centre de Recherche en Transport et Logistique, Université de la Méditerranée à Aix – Marseille, France.

Résumé :

En France, la reconfiguration de l'offre de soins passe notamment par une incitation, voire une obligation, à la coopération entre les différents acteurs du « marché ». Ceci se traduit par le développement de formes de coopérations inter-hospitalières, l'émergence de réseaux ville-hôpital, le développement de formes de coopération entre secteurs public et privé, etc. Ces nouvelles formes d'organisation conduisent à s'interroger sur la notion de réseau et sur les éléments significatifs de sa constitution dans le système de santé français. Elles impliquent d'autre part une réflexion quant aux nouvelles compétences nécessaires à leur mise en œuvre, notamment des compétences en termes de coordination et de logistique.

Summary :

In France, health care restructuring involves the cooperation of several market actors, based on either obligation or self-initiation. This has led to a cooperation between hospitals, between the public and private sectors and emergence of city-hospitals networks. These new organizational networks demand that we reflect upon the concept networks, and develop new competencies specially concerning coordination and logistics.

LE CONCEPT DE RESEAU DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER FRANÇAIS – QUELLES PERSPECTIVES POUR LE PROCESSUS LOGISTIQUE ?

Isabelle Bongiovanni & Nathalie Sampieri
Centre de Recherche en Transport et Logistique

Introduction

L'enjeu du *management public* apparaît comme fondamental aujourd'hui, dans la mesure où, l'ensemble des organisations concernées, et plus particulièrement l'hôpital public français, est confronté à de nouvelles exigences et à la complexité croissante de l'environnement. Les établissements de santé connaissent des changements importants liés à leur dynamique interne et aux modalités de mise en œuvre de la rationalisation, à travers les réformes des établissements hospitaliers de 1991 et de 1996 (Loi du 31 juillet 1991 et Ordonnances du 24 avril 1996).

Le défi auquel ils sont confrontés peut se résumer à améliorer la qualité des soins en utilisant des technologies et des savoir-faire de plus en plus sophistiqués, et donc coûteux, tout en consacrant une part plus faible des revenus nationaux aux activités de soins (Bonnici, 1998).

Les impératifs économiques, financiers, mais également de sécurité conduisent les hôpitaux vers une logique de coopération qui prend appui sur un mode de fonctionnement en réseau. Le postulat sous-jacent étant que le management en réseau des établissements de santé peut constituer une voie capable de réconcilier le gestionnaire et le médecin, d'améliorer toujours la qualité des soins et de réduire le coût individuel ou collectif de l'acte médical.

L'organisation en réseau des établissements de santé s'inscrit dans le cadre de l'aménagement sanitaire du territoire qui se fonde sur des outils réglementaires de planification tels que la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire. Dans ce contexte, la mise en réseau des acteurs de soins est susceptible de garantir une réponse graduée de l'offre permettant un maillage du territoire sanitaire en fonction des besoins de la population.

La notion de réseau constitue un point central concernant les restructurations hospitalières qu'il convient toutefois de préciser, en définissant un cadre explicatif à l'analyse de leur nature et de leur constitution. Notre objectif, dans ce travail est avant tout de proposer une réflexion quant à la mise en œuvre des réseaux de santé.

Ainsi, nous présenterons, dans une première partie, un éclairage sur le concept de réseau en santé, concept polysémique, qui ne bénéficie pas d'une perception homogène des acteurs hospitaliers (Bongiovanni, 1999). Puis, dans un second temps, il s'agira de mettre en perspective l'enjeu des modes de coordination, en tant que compétences « génériques »¹ à développer, dans les organisations en réseaux. Nous insisterons plus spécifiquement sur la coordination des flux physiques entre les différentes parties prenantes du réseau.

¹ Selon les propos de Piret dans Laroche et Nioche (1998).

1. Le concept de réseau dans le système de santé français

Par sa dimension intersectorielle et interdisciplinaire, le mot réseau est porteur de multiples significations. « *Le terme "réseau", en lui-même, constitue une notion abstraite qui fait référence à un jeu de nœuds et de relations connectées entre elles, utilisé dans diverses sciences qui incluent la neuro-science, la recherche opérationnelle, la théorie des organisations, la théorie de la communication, etc* », (Fombrun, 1982). Derrière cette diversité se cache celle de la conception même de la notion de réseau, tantôt qualifié de réseau technique, de réseau organisationnel, de réseau social. Les différentes conceptions de la notion de réseau peuvent être synthétisées en trois grands ensembles de définitions caractérisées par trois dimensions qui coexistent tout ou partie selon la réalité du réseau considéré (Gadreau, 1999 ; Béjean, Gadreau, 1996, 1997 ; Bakis, 1993 ; Lazega, 1998 ; Marrel, 1998). Nous distinguerons la dimension physique, la dimension fonctionnelle et la dimension relationnelle.

1.1. Application de l'analyse conceptuelle du réseau au système de santé français : vers une redéfinition des frontières de l'hôpital

La dimension physique est très souvent présente dans un réseau en santé sous la forme d'une différenciation géographique, spatiale et territoriale. Ainsi, dans la recomposition en réseau du système de santé, la localisation et la distance (prise en compte du temps et du coût de transport), jouent un rôle important. La politique de santé est d'ailleurs très proche de la politique d'aménagement du territoire, notamment à travers les SROS, schémas régionaux d'organisation de l'offre de soins (Vigneron, 1999).

Le modèle de la structuration organisationnelle des entreprises de réseau en trois couches, issu de l'économie industrielle (Curien, 1992), peut permettre d'identifier certaines caractéristiques dans l'organisation de la « production » de soins à l'hôpital, caractérisée par une évolution nouvelle prenant en compte de plus en plus l'investissement hospitalier.

On distingue ainsi trois couches dans les réseaux de soins : *la couche inférieure*, qui correspond à l'ensemble du plateau technique et des compétences spécialisées nécessaires à son utilisation², *la couche centrale*, qui englobe les services médicaux et paramédicaux et certains services logistiques, et *la couche supérieure*, qui concerne certaines activités logistiques et les services médicaux « détachables ».

Le modèle de l'organisation fonctionnelle d'un réseau en trois couches permet d'identifier les différentes strates dans la production de soins hospitaliers, et conduit à redéfinir les limites entre activités verticalement intégrées, et activités produites dans un cadre plus concurrentiel.

En outre, cette analyse met en évidence la difficulté de définir les frontières de l'hôpital public qui met en œuvre des mécanismes de coopération entre établissements public et/ ou privés, et pose ainsi le problème de coordination des activités économiques.

L'approche fonctionnelle contribue au débat relatif à l'alternative entre le marché et la hiérarchie essentiellement au travers de la théorie transactionnelle.

Celle-ci donne des explications quant à la structuration des activités de soins, au modèle organisationnel de l'hôpital et à l'émergence de la coopération entre les acteurs du système de

² C'est-à-dire les infrastructures de nature matérielles ou immatérielles.

santé. Elle permet d'expliquer l'oscillation entre une « dés-intégration » et une « ré-intégration » des structures. Le réseau apparaît ainsi comme une forme intermédiaire entre le marché et la hiérarchie (Mathy, 2000 ; Gadreau, Béjean, 1997).

Les attributs des transactions plaident, selon l'analyse transactionnelle, en faveur d'une intégration verticale sous contrôle de la hiérarchie. Ainsi ces processus de soins sont caractérisés par une forte interdépendance des offreurs de soins en raison des évolutions techniques et thérapeutiques. Ces processus incorporent l'usage d'actifs pour la plupart très spécifiques autant physiques (équipements peu redéployable) que humains (connaissances et compétences spécifiques). Concernant les échanges d'informations, ils peuvent être altérés par l'incertitude ou par les comportements peu coopératifs de certains professionnels.

Cependant, l'hôpital peut, dans certains cas, chercher à mobiliser ailleurs des compétences ou des équipements spécifiques en tissant avec d'autres acteurs du système de santé des formes de relations différentes. Il établit alors des relations de coopération avec des tiers (médecins libéraux, structures publiques ou privées) et des conventions de co-utilisation des équipements dans le but de recherche d'économies d'échelle et de partage de coûts irrécouvrables, (Crémadez, 1995). Ces relations de coopération, ni strictement marchandes ni strictement hiérarchiques, permettent de satisfaire les exigences de stabilité et de flexibilité ; elles peuvent être analysées comme des relations de coopération réticulaires, ce qui rejoint la conception du réseau en tant que modalité de coordination.

Si l'évolution des techniques et des pratiques médicales plaident en faveur de l'intégration, l'hôpital est incité à répondre aux exigences qualitatives et quantitatives de son activité par une forme organisationnelle intermédiaire. La conclusion d'accords de coopération entre offreurs de soins constituent des stratégies qui répondent plus à une nécessité de gérer le rationnement qu'à un arbitrage entre coûts de transaction internes et externes.

Les approches physique et fonctionnelle du réseau aident à comprendre, en partie, l'existence même des formes de coopérations en santé. Toutefois, elles ne permettent pas d'analyser le fonctionnement « interne » de ces organisations hybrides, c'est-à-dire de quelle façon les acteurs se coordonnent et génèrent, de part leur coopération, des compétences organisationnelles spécifiques.

La dimension relationnelle, et plus spécifiquement l'approche par les ressources, peut être un point d'entrée pertinent, non seulement pour expliquer l'émergence des réseaux, mais aussi pour étudier leur mise en place.

Le développement des relations de coopération, et plus généralement du fonctionnement en réseau du système hospitalier, peut être analysé au travers des concepts et des propriétés dynamiques d'une organisation en réseau, en particulier, en référence à la dimension relationnelle (Lazega, 1998).

La plupart des structurations de coopération en réseaux dans le système de santé ont pour origine la recherche de complémentarités d'équipements et de compétences (Dosi, Teece et Winter, 1990).

Le cadre des réseaux ville-hôpital illustre également la recherche de complémentarités, de compétences et d'équipements diversifiés. Par exemple, dans le cas du Sida, les réseaux ville-hôpital permettent d'avoir recours aux médecins libéraux qui offrent une prise en charge différente et complémentaire de celle de l'hôpital dans l'objectif d'une prise en charge globale des patients (Souville, Moatti, Obadia, Huard, Morin, 1998). Dans le cadre d'une complémentarité inter-hospitalière, on trouve les réseaux obstétrico-pédiatriques dans lesquels la mise en réseau des acteurs et des hôpitaux vise à établir un accueil gradué des soins selon la spécificité des pathologies.

La recherche de complémentarités que sous-tend un fonctionnement en réseau se caractérise également par un processus de diffusion d'informations et de connaissances qui devient *créateur de compétences individuelles et collectives* (Paché, 1993). Les formes de coopération en réseau permettent une mise en commun des savoirs et des savoir-faire, source d'accroissement des compétences individuelles et collectives par le biais de l'apprentissage. Les relations de coopération interagissent sur la structure organisationnelle et améliorent l'efficacité de l'organisation du réseau par un apprentissage collectif propre à celui-ci (Béjean, Gadreau, 1996). Elles répondent également à la volonté de réduire l'incertitude liée à la prise de décision dans un univers complexe, dans la mesure où elles sont favorables à l'établissement de routines, d'expériences, de normes et de modes de comportement.

Dans un contexte de ressources financières limitées, et dans le cadre d'un environnement où la compétition technologique est vive, les stratégies de coopération visent à sauvegarder les marges de flexibilité, à régler un problème d'allocation de ressources tout en maîtrisant des savoirs et savoir-faire nécessaires à la consolidation de ses capacités et compétences (Fargeon, Kerleau, 1994). Quelle que soit la forme prise par le réseau, l'organisation adhérente va tenter d'acquérir des ressources externes qu'elle ne pourrait obtenir seule avec la volonté d'accroître sa position concurrentielle par le partage de biens matériels ou immatériels. D'une part cela crée des économies d'échelle, d'autre part, cela peut permettre à chaque hôpital de se centrer sur son cœur de métier (Hamel et Prahalad, 1990) et ainsi proposer un service de meilleure qualité. La difficulté repose alors sur la coordination des acteurs qui appartiennent à des entités distinctes.

Nous proposerons donc, après avoir présenté les différents types de réseaux de soins, une réflexion autour de la coordination, comme compétence générique du réseau.

1.2. Typologie des réseaux hospitaliers

Si l'analyse conceptuelle permet de mieux appréhender la notion de réseau et ses implications au sein du système de santé, elle ne permet pas de donner une définition claire du terme. Le réseau qualifie « *toute forme de mise en relation professionnelle d'acteurs du système de soins, organisée de façon différente par rapport aux relations institutionnelles dans lesquelles ils évoluent habituellement, en fonction de leur appartenance à telle ou telle composante du système* » (Dupré, 1998). Si l'on adopte une lecture extensive, la notion de réseau recouvre celle de restructuration du système de soins se traduisant par des actions de complémentarité, de coopération, de mise en réseau. Il est également possible d'avoir une lecture restrictive de ce terme : on se réfère alors aux réseaux de soins (ou de santé), organisés autour d'une pathologie ou d'une population, et des filières de soins qui organisent le parcours du patient dans le système de santé. Il s'agit ainsi de repérer au sein de la réforme du système de santé en France, les formes institutionnelles de réseau.

Les premiers réseaux de soins ont émergé à partir de préoccupations du terrain, vers la fin des années 1970. Leur existence a été institutionnalisée et prise en compte par le cadre réglementaire à partir de la loi de juillet 1991, et des ordonnances d'avril 1996. Les ordonnances de 1996 constituent le cadre légal des réseaux de santé et visent notamment à assurer :

- une maîtrise médicale des dépenses de soins en développant des formes nouvelles d'organisation des soins ;
- une réforme de l'hospitalisation publique en favorisant l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement : coopération entre les établissements, ouverture de l'hôpital vers la médecine de ville, développement de liens entre les établissements de santé et les institutions médico-sociales.

L'objectif des réseaux est de maîtriser les dépenses tout en améliorant la qualité des soins. On peut noter une certaine ambiguïté dans la conception institutionnelle de la notion de réseau dans les ordonnances de 1996. En effet, les ordonnances n'ont pas pris en compte les réseaux informels existant depuis de nombreuses années, pourtant très nombreux. En outre, elles ne fournissent pas de définition précise du concept même de « réseau en santé » et des notions connexes auxquelles le réseau fait référence. Cependant, les dernières circulaires semblent aller dans le sens d'une volonté de clarification. Tous les types de réseau de santé se retrouvent dès à présent dans une typologie³ qui se veut pragmatique.

On peut distinguer, en se basant sur le cadre juridique, quatre grands types de réseaux en santé :

Les réseaux monopathologiques évoluant vers des réseaux de santé de proximité

Cette catégorie regroupe la grande majorité des réseaux, parfois très anciens, destinés à la prise en compte thérapeutique d'une pathologie ou d'une population complexe.

D'initiatives diverses, ils peuvent être lancés par des médecins hospitaliers ou de ville, par des paramédicaux, des pharmaciens, des associations d'usagers, des centres sociaux, etc. Les réseaux ville-hôpital mis en place dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des personnes atteintes d'infection VIH en 1991, mais aussi dans le cadre de la toxicomanie, de l'alcoolisme, etc. appartiennent à cette catégorie. Même s'ils n'émergent pas tous de l'hôpital ces réseaux y ont tous une attache, ce qui pose des problèmes divers d'articulation entre la ville et l'hôpital.

D'une approche centrée essentiellement sur une pathologie, ces réseaux ont évolué vers une prise en charge globale et de proximité. Le cas du réseau ville-hôpital VIH de Paris Nord montre que l'organisation en réseau s'est présentée comme une nécessité fondée sur une dynamique des acteurs de terrain. Les personnes impliquées sont liées par la reconnaissance implicite que le patient suit une trajectoire de soins dans laquelle une multitude de professionnels et d'institutions différentes interviennent successivement ou parallèlement. La complexité des situations rencontrées chez les patients souffrant du Sida a mis les professionnels de santé devant la nécessité de renforcer leurs compétences par l'utilisation de savoir-faire complémentaires.

Les réseaux thématiques purs

Ils correspondent aux réseaux monothématiques de référence et de formation. Le pôle de référence de ces réseaux est l'hôpital qui détermine la formation, garanti la qualité et assure la prise en charge des patients les plus lourds et les plus complexes. Ces réseaux ont vocation à transmettre un savoir, ou un mode de traitement très spécifique, d'abord en intra-hospitalier puis en inter-hospitalier et dans certains cas vers la ville : réseaux de lutte contre la douleur, de prise en charge de maladies rares, de gérontologie, réseaux cancer, etc.

Ces réseaux sont plus centrés sur les professionnels que sur les patients et leurs forts liens avec les structures hospitalières implique une coordination efficace. Ils s'articulent dans certains cas à des réseaux de proximité ou à d'autres réseaux spécialisés existants.

Ces réseaux se sont développés dans certains domaines de la médecine caractérisés par une transversalité et un maillage importants comme dans le cas de la cancérologie, ou de la gérontologie. Une des principales caractéristiques de ces domaines est précisément la nécessité de faire appel à plusieurs spécialités médicales ou à différents savoir-faire générant des situations complexes. Ainsi, le réseau ROHAN (Réseau Oncologie Hanau Alsace du Nord), fondé sur la collaboration entre établissements de santé publics et privés, donne une

³ Cette typologie s'inspire de la circulaire du 25 novembre 1999

place essentielle à la coopération entre spécialistes et généralistes sur la base du partage du dossier médical.

Les réseaux inter-établissements

Ces réseaux correspondent à l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique⁴. Ceux-ci sont très structurés, fixés à convention, soumis à l'agrément de l'Agence Régionale d'Hospitalisation et susceptibles d'accréditation.

Il s'agit de réseaux d'urgence entre SAMU et hôpitaux, de réseaux entre hôpitaux de niveaux différents (pour la chirurgie ou la formation médicale continue), de réseaux de complémentarité publics et/ou privés, de réseaux spécialisés, de réseaux télématiques.

Ces formes de pratiques, qui mêlent coopération et coordination, visent à identifier les étapes de la prise en charge en examinant, pour chacune d'elles, quels sont les acteurs mettant en œuvre les meilleures garanties pour assurer une prestation de qualité et une meilleure gestion des interfaces en amont et en aval. Les réseaux de suivi de grossesse illustrent ce cas d'organisation en réseau fondés sur le respect des principes de subsidiarité et de gradation de l'offre de soins.

Les réseaux prévus par l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale

Ces réseaux expérimentaux ont pour objet de vérifier la viabilité des formes d'exercice fondées sur la prise en charge globale des assurés, tant au plan des soins que de la prévention et de l'accompagnement social. Ils doivent tendre à mieux articuler les responsabilités respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé.

Ils sont fondés sur des expérimentations tarifaires relevant d'un agrément ministériel et soumis à une évaluation stricte. Ces réseaux visent principalement à obtenir une nouvelle organisation des soins ambulatoires, basée sur la prise en charge globale et coordonnée de pathologies lourdes et chroniques, tout en présentant un intérêt économique au regard de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Trois catégories d'actions expérimentales sont prévues :

- les filières de soins expérimentales organisées à partir des médecins généralistes et destinées à améliorer le suivi médical et l'accès des patients au système de soins ;
- les réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale des patients (à la fois médicale et financière), atteints de pathologies lourdes ou chroniques en favorisant notamment la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital ;
- d'autres dispositifs correspondant à la fois aux deux premières catégories comme dans le cas des projets présentés par les compagnies d'assurance qui prévoient la prise en charge complète et globale des patients pour des soins courants de médecine.

A ce jour très peu de réseaux « code de la sécurité sociale » existent compte tenu de la complexité de la procédure d'agrément.

Bien que l'ensemble de ces réseaux renvoient à des réalités variées, ils ont néanmoins pour base commune :

- Une zone géographique : bassin de population, département, région sanitaire, etc.
- Des critères d'inclusion concernant : une population particulière (âge, sexe, régime de couverture sociale), un type de pathologie (stade d'affection, degré de dépendance, etc.), certaines activités de soins, certaines installations.
- Des intervenants issus du pôle hospitalier (établissements de santé publics et/ou privés, praticiens...) du pôle ambulatoire (médecins, auxiliaires médicaux, laboratoires, officine, fournisseurs d'appareillages...), du pôle social (centres sociaux, assistantes sociale), etc.

⁴ Ordonnance 96-346 de 1996

En conclusion, si la typologie présentée donne un aperçu des différents réseaux existants, elle met également en évidence la multiplicité des acteurs intervenant dans le réseau, et donc leur difficile coordination. Nous proposons ainsi de mettre au cœur de l'analyse des réseaux le concept de coordination. Nombre d'auteurs⁵ se sont attardé à définir et cerner ce concept. L'importance de celui-ci trouve son explication dans le fait que la division du travail engendre une répartition sur de multiples acteurs détenteurs de métiers et de savoirs propres (Lorino, 1996). Chaque acteur doit avoir une capacité minimum de prévision de ce que font les autres, or « la prévisibilité ne va généralement pas de soi » (Lorino, 1996, p.195). La coordination correspond ainsi à la recherche d'un équilibre entre l'initiative individuelle (l'autonomie cognitive) et les règles collectives. Ceci est d'autant plus exacerbé que les partenaires de cette coordination appartiennent à des entités distinctes, aux cultures, structures et comportements différents. Il s'agit donc, lors de la mise en place de réseaux, de conduire une réflexion rigoureuse quant aux modes de coordination à mettre en œuvre, afin d'assurer la fonction d'intégration du processus⁶, mais aussi de développer des compétences collectives spécifiques au réseau. Les compétences sont appréhendées, selon le MRC (modèle des ressources et compétences), comme la capacité des firmes à créer, et accumuler des routines et des procédures organisationnelles. Pour Prahalad et Hamel (1990, p.82) les compétences cardinales, ou centrales, sont « l'apprentissage collectif de l'organisation, portant en particulier sur la coordination de savoir-faire productifs divers et de l'intégration de séries de technologies multiples... ». En outre, ainsi que le souligne Piret (1998) la coordination tient une place centrale vis-à-vis des compétences des firmes, puisque celles-ci doivent coordonner les activités d'acteurs spécialisés, afin de réaliser des tâches économiques complexes. Cette intégration est d'ailleurs d'autant plus difficile, que les acteurs qui sont au centre des réseaux de soins sont des médecins, c'est-à-dire des professionnels, au sens de Mintzberg (1982), travaillant de manière autonome, et difficilement contrôlables. Nous présenterons dans cette partie les derniers développements de la théorie de la coordination, qui serviront de base pour identifier les principales inter-dépendances des réseaux en santé, et les modes de coordination s'y rattachant. Puis, il conviendra d'illustrer nos propos en éclairant quelques pistes de réflexion au travers du processus spécifique, qu'est le processus logistique.

2. L'enjeu des modes de coordination, en tant que compétences organisationnelles « génériques » – la place centrale du processus logistique

2.1. Modes de coordination et réseaux en santé

De manière synthétique, on peut distinguer deux grands types de travaux s'intéressant à la coordination : ceux cherchant à contribuer à la théorie de la firme (pourquoi les firmes existent-elles ?), et ceux cherchant à analyser les moyens mis en œuvre pour assurer la coordination entre les différents acteurs intra ou inter-organisationnels.

Malone et Crowston développent, depuis une dizaine d'années, une « théorie » de la coordination, qui apporte un éclairage intéressant sur ces problématiques organisationnelles.

⁵ Mintzberg, Lawrence et Lorsch, Richardson...

⁶ Pour Lorino et Tarondeau (1998, p.11) « un processus est un ensemble d'activités organisées en réseau, de manière séquentielle ou parallèle, combinant et mettant en œuvre de multiples ressources, des capacités et des compétences, pour produire un résultat ou *output* ayant de la valeur pour un client externe ».

Ils se basent, pour cela, sur la diversité des travaux s'intéressant à ce thème, que ce soit en économie, en théorie des organisations, en science informatique, en organisation du travail, ou encore en sociologie.

Malone et Crowston (1990) définissent la coordination comme « *the act of managing interdependencies between activities performed to achieve a goal* ». Pour les auteurs (1994), s'il n'y a pas d'interdépendances, il n'y a rien à coordonner.

Ils proposent ainsi, au cours de leurs différents travaux (voir bibliographie), de développer des techniques de représentation des processus, en vue d'améliorer les pratiques organisationnelles. La coordination consiste à gérer des dépendances à travers les activités. Il s'agit donc d'identifier des dépendances et des mécanismes de coordination, afin d'assurer un levier spécifique pour redessiner les processus. Les deux auteurs mettent en évidence trois sortes de dépendances « classiques » (1999, p.429), qu'ils relient à des mécanismes de coordination potentiels.

① Les dépendances de type *flow* (ou flux), c'est-à-dire producteur-consommateur : « *whenever one activity produces a resource that is used by another activity* »⁷;

② Les dépendances de type *sharing* (partage), « *whenever multiple activities all use the same resource* »⁸ ;

③ Les dépendances de type *fit* (ajustement, combinaison), « *when multiple activities collectively produce a single resource* »

L'ensemble de leurs travaux illustrent de manière synthétique les différentes configurations de coordination que l'on peut retrouver à la fois dans et entre les organisations. Outre un apport théorique indéniable, ils sont un support incontestable pour conduire une réflexion sur les modes de coordination, et par là même sur l'architecture des processus, car, ainsi que l'écrit Lorino (1996, p.196) « c'est la coordination qui permet aux processus d'assurer leur fonction d'intégration ».

Il s'agit à présent, à partir de la grille de lecture proposée par Malone et Crowston, d'interpréter les différents types de réseaux en santé en fonction des dépendances qu'ils engendrent. Notre objectif, dans ce paragraphe, est d'adapter les différents types de dépendances proposés par Malone et Crowston, aux différentes catégories de réseaux en santé, afin d'aider à une meilleure compréhension du fonctionnement de ces réseaux, et de contribuer à la réflexion sur les éléments de mise en œuvre de ces nouvelles formes d'organisation.

⁷ Traduction personnelle : « lorsqu'une activité produit une ressource qui est utilisée par une autre activité ».

⁸ Traduction personnelle : « lorsque plusieurs activités utilisent la même ressource ».

Exemples de dépendances élémentaires entre les activités de soins et les mécanismes alternatifs de coordination permettant de les gérer

Dépendances	Exemples de mécanismes de coordination, permettant de gérer ces dépendances
<ul style="list-style-type: none"> - De type <i>flow</i> : - dans le cadre des réseaux ville-hôpital, il s'agit d'une coopération entre professionnels de santé et l'hôpital, mais aussi avec les partenaires sociaux, afin d'assurer la continuité et la prise en charge globale des soins (exemple : Sida) - Dans le cadre d'un réseau inter-établissements, les patients sont affectés dans une structure en adéquation avec la gravité de leur pathologie 	<p>Organisation des déplacements des patients (transport), préparation de l'accueil du patient (réserver un lit), assurer la continuité des soins (protocole de soins, poursuite de la phase diagnostique...), régulation des flux de patients...</p>
<p>De type <i>sharing</i> Partage d'un plateau technique entre plusieurs établissements hospitaliers</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « premier arrivé, premier servi », organiser des ordres de priorité entre les différents utilisateurs, désigner un coordinateur chargé de centraliser les besoins, et de les répartir en fonction des capacités.....
<p>De type <i>fit</i> Les réseaux monothématiques, centrés sur des pathologies lourdes (exemple : réseaux cancérologie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - il s'agit de synchroniser les activités, dans le but de transmettre un mode de traitement très spécifique, entre l'hôpital coordonateur et d'autres acteurs de santé (structures plus légères, médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes,...) - la synchronisation portera d'une part sur l'activité de soins proprement dite, et d'autre part sur les prescriptions médicamenteuses nécessaires au traitement de la pathologie

Adapté et traduit à partir des travaux de Malone et Crowston (1990, 1994), Crowston (1997), et Malone et alii (1999).

Afin d'aller plus loin dans la réflexion quant à la mise en œuvre des réseaux en santé, nous proposons de développer plus particulièrement les éléments à prendre en compte concernant le processus logistique⁹. Ce dernier, de part l'aspect physique qui le caractérise, apparaît comme un point de départ pertinent pour conduire une réflexion sur la mise en réseau d'entités distinctes, car il est facilement identifiable.

2.2. La nécessaire prise en compte du processus logistique

Force est de constater que les professionnels hospitaliers cantonnent, dans la plupart des cas, la logistique à des activités d'intendance, telles que la restauration ou la lingerie. Or, le processus logistique revêt en réalité un caractère beaucoup plus large, car il concerne l'ensemble des flux physiques, et des flux informationnels liés. Il est donc au cœur des problématiques de mise en œuvre des réseaux. En effet, ces derniers impliquent de nombreux échanges de flux physiques, entre un nombre de partenaires croissant. Il est donc nécessaire de réfléchir aux moyens de coordonner l'ensemble de ces flux. Avant d'aborder plus

⁹ En outre, ainsi que le souligne Piret (1998, p.207), les compétences sont implantées dans les processus organisationnels.

précisément ce point, il convient de définir le concept de logistique, dans le contexte des établissements hospitaliers.

Notre objectif, ici, n'est pas de faire une revue de la littérature sur le concept de logistique, mais plutôt de donner quelques repères au lecteur permettant d'appréhender ce concept en milieu hospitalier. La logistique, se définit comme « *la technologie de la maîtrise de la circulation des flux physiques par les flux d'information* » (Colin, mars 1996). Cette définition, que nous adoptons pour notre recherche, montre que la logistique ne se limite plus à une « simple » fonction de distribution, mais qu'elle s'intéresse à la maîtrise de l'ensemble des flux physiques (depuis les matières premières jusqu'au recyclage des produits en fin de vie), ce qui implique une participation active de tous les acteurs.

Les travaux de Mathe (1997) distinguent deux éléments dans la logistique des activités de services : d'une part, une logistique « classique » qui s'intéresse à la gestion des flux de matières premières nécessaires à la délivrance du service (dans le cas des hôpitaux il s'agit notamment des médicaments) ; son objectif est avant tout de livrer le bon produit au bon moment, au bon endroit et avec une bonne qualité, tout en cherchant à limiter les coûts. Et d'autre part, il met en avant une logistique des services (de régulation de la production ou logistique de réaction) : il s'agit de gérer des flux de clients en agissant simultanément sur la demande et les capacités ; on parle de Yield Management ; son objectif est d'arbitrer entre le temps d'attente des clients et l'optimisation des capacités. Dans le cas des hôpitaux, on utilisera plutôt le concept de trajectoire¹⁰.

Une des conséquences de la multiplication des partenaires extérieurs de l'hôpital est la complexification de la chaîne logistique : la coordination des flux est d'autant plus critique qu'elle doit être réalisée par des acteurs distincts (constitution de réseaux), aux méthodes de gestion et intérêts parfois opposés. Le pilotage des flux doit donc passer par une coopération de l'ensemble des intervenants de la chaîne. Le concept d'intégration externe¹¹ de la logistique traduit cette prise en compte de la nécessaire gestion commune des flux physiques entre les différentes parties prenantes du réseau.

Le pilotage des flux portera sur deux éléments essentiels : les flux traditionnels, et les trajectoires de patients. On caractérise les flux physiques classiques comme étant des « matières premières » servant directement et indirectement à la production du service : les médicaments, les autres matériels médicaux, les biens de restauration, les produits ménagers, le linge,... Les trajectoires de patients représentent, quant à elles, l'ensemble des déplacements que peuvent effectuer les patients tout au long de leur prise en charge.

Le concept de logistique étant défini par rapport au contexte hospitalier, il convient à présent d'illustrer, à partir de la grille de lecture de Malone et Crowson, les implications en terme de réflexion logistique pour chaque type de réseau. En effet, les différents types de dépendances (*flow*, *sharing* et *fit*) n'impliquent pas une mobilisation du concept global de logistique, certains insistant plus sur l'aspect « yield management » (*sharing*, par exemple), d'autres nécessitant une mise en œuvre de mécanismes de coordination liés avant tout aux flux de médicaments.

¹⁰ Pour plus de détails sur le concept de logistique hospitalière voir notamment Aptel (1999), Guerrero et Sampieri (1998), Sampieri (1999) et Bongiovanni et Sampieri (2000)

¹¹ Voir notamment Colin (mars 1996)

Exemples de dépendances élémentaires entre les activités de soins et les mécanismes alternatifs de coordination, affairant au processus logistique, permettant de les gérer

Dépendances	Exemples de mécanismes de coordination des flux permettant de gérer ces dépendances
<ul style="list-style-type: none"> - De type <i>flow</i> : - dans le cadre des réseaux ville-hôpital, il s'agit d'une coopération entre professionnels de santé et l'hôpital, mais aussi avec les partenaires sociaux, afin d'assurer la continuité et la prise en charge globale des soins (exemple : Sida) - Dans le cadre d'un réseau inter-établissements, les patients sont affectés dans une structure en adéquation avec la gravité de leur pathologie 	<ul style="list-style-type: none"> - organisation des transports des patients - mise en place d'un système d'information commun permettant de faciliter le transfert des patients (réservation de lits), ainsi que la continuité du protocole de soins (est-ce que le patient est transféré avec son traitement, ou bien l'ordonnance est-elle transmise à l'établissement partenaire qui prend le relais dans la gestion des médicaments ?...)
<p>De type <i>sharing</i> Partage d'un plateau technique entre plusieurs établissements hospitaliers</p>	<ul style="list-style-type: none"> - il s'agit avant tout de mettre en œuvre des méthodes de « yield management » : en déterminant des ordres de priorité, mais aussi, par exemple en désignant un centre coordonateur, chargé de « ventiler » les patients en fonction de leur pathologie et de l'urgence.
<p>De type <i>fit</i> Les réseaux monothématiques, centrés sur des pathologies lourdes (exemple : réseaux cancérologie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - organiser la prise en charge globale des patients, par une synchronisation des acteurs en vue de réduire au maximum les temps d'attente des patients - mettre en place une logistique traditionnelle efficace, qui permette de livrer les bons traitements, au bon moment au bon endroit. Cette phase est d'autant plus critique que les médicaments sont spécifiques, et que les acteurs interviennent « simultanément » sur une même activité

Conclusion

Après avoir synthétisé les différentes acceptions du réseau en santé autour des dimensions physique, fonctionnelle et relationnelle, nous avons présenté les grands types de réseaux de soins en France. Cette nouvelle forme d'organisation, qui tend à prendre une ampleur grandissante dans le domaine de la santé, redéfinit les frontières de l'hôpital. Ainsi, l'interaction de multiples partenaires composant le réseau implique une réflexion autour de la création de compétences collectives, et plus particulièrement autour d'une nécessaire coordination. En effet, un réseau ne doit pas peut être appréhendé comme une simple juxtaposition d'acteurs différents et indépendants, mais comme un processus impliquant des interactions permanentes entre les acteurs.

Ainsi, adopter une vision processuelle autour de la logistique peut être l'occasion de : faire travailler les gens ensemble (ils se connaissent mieux), et les faire réfléchir aux moyens d'assurer une bonne coordination (d'autant que beaucoup de ces réseaux sont émergents, des besoins du terrain ou des exigences des autorités). Ainsi que l'écrit Lorino (1996, p.187), le processus revêt une double nature : opérationnelle, comme suite d'activités (il produit un

output particulier) et cognitive, comme objet d'interprétations (il produit des connaissances nouvelles sur lui-même et sur les activités qui le composent).

Ainsi, la logistique, en tant que processus transversal du réseau, aide à l'analyse du système de production de l'activité de soins en réseau (notamment des modes opératoires), et peut permettre, par exemple autour de groupes thématiques de travail, de resserrer les liens entre les membres du réseau. La logistique peut être un thème fédérateur autour duquel les parties prenantes à la coopération, d'une part, s'accordent sur le partage des tâches et des ressources et sur le pilotage des flux de consommables et des trajectoires de patients, et, d'autre part, produisent une compétence collective renforcée par des relations interpersonnelles.

En effet, le réseau constitue, pour l'hôpital, un nouveau mode d'organisation qui renvoie à des réalités variées, aussi bien sur le plan juridique et institutionnel, qu'au niveau du contenu de la coopération ou des objectifs poursuivis. Si jusqu'alors la préoccupation dominante en termes d'objectifs à atteindre était la maîtrise des dépenses de santé, les réseaux semblent se fonder aujourd'hui avant tout sur les besoins des populations en matière sanitaire.

Parmi les principaux objectifs de l'organisation en réseau des établissements de santé on peut citer :

- l'optimisation de l'accès aux soins de l'ensemble de la population ciblée ;
- la prise en charge des personnes dans le respect de certains principes tels que la continuité, la cohérence, la globalité, l'interactivité, la réactivité, l'adaptabilité, la transversalité, la multidisciplinarité ...
- l'accroissement des compétences individuelles et collectives des intervenants et des partenaires du réseau.
- l'amélioration de l'efficacité et l'efficience des prises en charge ;

Face à ces objectifs, on comprend d'autant plus l'enjeu que revêt une réflexion logistique.

Bibliographie

Article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L 712-3-2 du code de la santé publique).

Article 6 de l'ordonnance n° 96-345, du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article L 162-31-1 du code de la sécurité sociale).

Bakis H., *Les réseaux et leurs enjeux*, Paris, PUF, 1993.

Bartoli A. *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, 1997.

Béjean, S. et M. Gadreau, « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », *Revue d'Economie Industrielle*, n° 81, 3^e trimestre, 1997.

Béjean, S. et M. Gadreau, « Réseaux et coordination », *Insee Méthodes* n° 64-65, 1996.

Béjean S. et M. Gadreau, « Réseaux et système de santé », *Document de travail Latec*, n° 9607, Université de Bourgogne, juin 1996.

Bongiovanni I. « *L'émergence du concept de réseau comme choix stratégique pour l'hôpital public français : proposition de caractérisation à partir du discours des acteurs* », Mémoire de DEA en sciences de Gestion, Logistique et Organisation, septembre 1999.

Bongiovanni, I. et N. Sampieri (2000) « Enjeux et perspectives des pratiques logistiques : pour une amélioration globale de la performance – le cas de l'hôpital public français. » (2000), Troisièmes Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique, 9, 10 et 11 Mai, Université du Québec à Trois-Rivières

Bonnici B., *L'hôpital : enjeux politiques et réalités économiques*, Les Etudes de la Documentation Française, nouvelle édition, 1998.

Calmes, G. Segade, J.P. Lefrancis, L. Coopération hospitalière : l'épreuve de vérité, Ed. Masson, 1998.

Circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999, relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

Colin, J. (1996), « La logistique : histoire et perspectives », Colloque Arfilog, Mars.

Colin, J. et N. Fabbe-Costes, (1994) *Formulating Logistics Strategy*, Kogan Page, London.

Colin J et G.Paché (1988) *La logistique de distribution : l'avenir du marketing*, Chotard et associés Editeurs.

Coriat, B. et O. Weinstein, *Les nouvelles théories de l'entreprise*, Livre de Poche, 1995.

Cremadez, M., «Réconcilier aménagement du territoire et maîtrise des coûts de transaction», *Gestions Hospitalières*, Août-septembre, 1995.

Cremadez, M., *Le Management Stratégique Hospitalier*, Masson, 2^{ème} édition, 1997.

Crowston, K. (1997) « A coordination theory approach to organizational process design », *Organization Science*, vol.8 (2), mars-avril, p.157-175.

Curien, N. Introduction, in « *Economie et management des entreprises de réseau* », Economica, 1992.

Dosi, G., Teece, D. et S. Winter, « Les frontières des entreprises : vers une théorie de la cohérence de la grande entreprise », *Revue d'Economie Industrielle*, n° 51, 1^{er} trimestre, 1990.

Dupré C. « Les réseaux vus de l'hôpital », *Actualités et Dossiers en Santé Publique*, n° 24, septembre 1998.

Fargeon V. et M. Kerleau, « Stratégies de coopération dans la branche santé, éléments de problématique », *Journées des Economistes Français de la Santé*, Le Kremlin Bicêtre, 20-21 janvier 1994.

Fombrun, C.J., « Strategies for Network research in organizations », *Academy of Management Review*, 7/2, pp 280-291, 1982.

Koenig G., « L'économie des coûts de transaction ou le marché et l'entreprise à la fin du XX^e siècle » in *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXI^e siècle*, Economica, p 144-170, 1999.

Laroche, H. et J-P. Nioche (1998) *Repenser la stratégie – fondements et perspectives*, Vuibert, coll. Entreprendre.

Lazega E., *Réseaux sociaux et structures organisationnelles*, Paris, PUF, 1998.

Loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 portant sur la réforme du système hospitalier.

Lorino, P. et J-C. Tarondeau (1998) « De la stratégie aux processus stratégiques », *Revue Française de Gestion*, Janvier - Février, p.5-17.

Lorino, P (1996) *Comptes et récits de la performance – essai sur le pilotage d'entreprise*, Les Editions d'Organisation, 2^{ème} tirage.

Malone, W.T et K. Crowston (1994) « The interdisciplinary study of coordination », *ACM Computing Surveys*, vol.26 (1), mars, p.87-119.

Malone, W.T., K. Crowston, J. Lee et B. Pentland (1999) « Tools for inventing Organizations : toward a handbook of organizational processes », *Management Science*, vol. 45 (3), mars, p.425-443.

Malone, W.T et K. Crowston (1990) « What is coordination theory and how can it help design cooperative work systems », in *Proceedings of the Third Conference on Computer-Supported Cooperative Work*, ACM Press, New York, p.357-370.

Mathe, H. (1992) « La logistique : science et pratique du pilotage des flux », Congrès ASLOG 1992.

Mathe, H. et P. Smith (1992) « La logistique des services », *Revue Arts et Manufactures, Centraliens* (n°433), Janvier, p.20-23.

- Miles, R.E. et C.C. Snow, «Organizations : New Concepts for New Forms », *California Management Review*, vol. 28, n° 3, 62-73, 1986.
- Mintzberg H. (1982) *Structures et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, édition 1995.
- Paché G. et C. Paraponaris, *L'entreprise en réseau*, PUF, 1993.
- Piret, R. E. (1998) « Stratégie, coordination et connaissance », Chapitre 8 in Laroche et Nioche (1998).
- Powell, W.W., «Neither Market nor Hierarchy : Network Forms of Organization », *Research in organizational Behavior*, Vol. 12, 295-336, 1990.
- Prahalad C.K et G. Hamel, «The Core Competence of the Corporation, *Harvard Business Review*, pp 79-91, 1990.
- Sampieri, N. (1999) « Le développement potentiel de la logistique hospitalière : des enjeux pour l'amélioration de la qualité », revue Gestions Hospitalières, *Cahier Gestions Hospitalières* n°155, Juin-Juillet, pp. 449-453.
- Souville, M., Moatti, J.P., Obadia, Y. Huard, P. et M. Morin, «La dynamique des réseaux ville/hôpital, pour la prise en charge du Sida en médecine générale : entre spécialisation et nouvelle forme d'organisation des soins », *Revue des Affaires Sociales*, n° 3, juillet-septembre. 1998
- Thorelli, H.B., «Networks : Between Market and Hierarchies", *Strategic Management Journal*, Vol. 7, 37-51, 1986
- Tixier, D., H.Mathe, et J.Colin (1996), *La logistique d'entreprise : vers un management plus compétitif*, 2ème édition enrichie et mise à jour, Dunod.
- Vignerot E. et F. Tonnelier, *Géographie de la santé en France*, PUF, 1999.
- Williamson O.E., *Market and Hierarchies : analysis and antitrust implications*, New York, Free Press, 1975.