

# **Les réseaux et les modalités de leurs mises en œuvre**

Catherine Ritter Raimundo Matias  
Planification Sanitaire Qualitative  
Septembre 2002

# TABLE DES MATIERES

RESUME	3
PRESENTATION DU PROJET	7
1 INTRODUCTION	7
2 CONTEXTE DE REALISATION DU PROJET	7
3 OBJECTIFS	8
4 METHODOLOGIE	8
4.1 Typologie des réseaux	8
4.2 Ressources et chronologie	8
PARTIE THEORIQUE	9
ABREVIATIONS	9
GLOSSAIRE	9
1 INTRODUCTION	11
2 CONCEPT	12
2.1 Trajectoires et filières	12
2.2 Réseaux de soins et réseaux de santé	13
2.3 Eléments principaux des réseaux	14
3 TYPOLOGIE	18
4 ANALYSE DE RESEAUX	28
5 SYNTHESE	30
6 BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXE	33
PARTIE PRATIQUE	35
1 GROUPE SANTE MIGRANTS (RESUME)	35
2 GROUPE ALIMENTATION (RESUME) BRUCE ESHAYA-CHAUVIN	37

Cette étude a été réalisée sous la supervision du coordinateur général de la Planification Sanitaire Qualitative M. Jacques A Bury.

Je remercie M. Bruce Eshaya-Chauvin pour sa relecture attentive du rapport.

# RESUME

Le projet intitulé « Les réseaux et les modalités de leurs mises en œuvre » s'est déroulé sur une période d'un an (septembre 2001 à septembre 2002). Il représente une tentative pour éclaircir ce que sont ou peuvent être les réseaux, en particulier dans les systèmes de santé.

Ce document présente les conclusions issues d'un travail d'analyse de littérature sur les réseaux, de la réalité décrite par les acteurs de réseaux et de celle observée au contact de deux réseaux genevois volontairement contrastés. Une typologie des réseaux a été construite à partir de ces trois sources. Elle n'est cependant pas figée, car les réseaux évoluent sans cesse.

Le rapport est constitué de trois parties : (1) la présentation du projet ; (2) la partie théorique ou la typologie des réseaux ; (3) la partie pratique consacrée aux réseaux étudiés concrètement : le Groupe Santé Migrants (GSM) et le Groupe Alimentation. Une synthèse des activités menées avec chacun d'entre eux a été incluse ici. Les rapports exhaustifs sont disponibles auprès des réseaux concernés.

## Présentation du projet

En Europe, l'organisation sanitaire va dans le sens d'une multiplication des réseaux (France et Belgique en particulier) et inclut l'évaluation du travail en réseau. A Genève, le terme « réseaux » est fréquemment employé dans les textes fondant la Planification Sanitaire Qualitative (PSQ) (PL 8045 et Cahiers de la santé 1998), sans qu'aucune définition ne soit véritablement proposée. Il était par conséquent important de cerner le terme et de proposer un vocabulaire commun.

Le projet a comporté deux niveaux de travail : un premier, global, sur l'étude du concept de réseaux et de leur évaluation, et un second, plus spécifique, en fonction des réseaux identifiés et de leurs caractéristiques. L'alternance entre ces deux composantes du projet était fondamentale afin de proposer des résultats appropriés à la pratique quotidienne des acteurs de réseaux présents ou à venir.

Les définitions et classifications des réseaux de plusieurs auteurs ont été regroupées pour mettre en évidence des critères de typologie. Ils ont été intégrés, de même que les données recueillies auprès des acteurs, à une grille d'analyse des réseaux conçue selon une logique d'évaluation.

## Partie théorique

Quelques éléments convergents permettent d'approcher une définition de réseaux. Le réseau est une forme d'organisation transversale plus ou moins institutionnalisée et structurée, à un moment et sur un territoire donnés, d'un groupe de personnes ou d'organismes. Ils désirent apporter une réponse à une problématique qui peut être complexe et s'inscrire dans la durée. Leur collaboration se veut non hiérarchique et se construit sur la base de la reconnaissance des compétences et de la confiance entre les personnes. En général, le réseau définit des objectifs et produit des services en fonction des besoins définis par ses membres et usagers. Il s'agit bien de proposer un autre mode organisationnel dans un contexte sanitaire qui a évolué : «... *un effort de coordination palliative à l'éclatement et au dysfonctionnement des structures et des équipes face à des problématiques lourdes, nouvelles, exigeant des réponses unitaires ou multidimensionnelles.* » (BRIXI 1997).

La trame de fond du réseau comprend des noms de personnes, institutions ou associations. Elle représente un ensemble de collaborations potentielles qui peuvent se concrétiser par la

constitution de liens de formes variables. Avant tout, cette trame réticulaire permet la circulation des informations sans passage obligatoire par un centre.

Lorsque la collaboration se fait de manière ordonnée par l'élaboration d'un réseau structuré et hiérarchique (réseau décrété), elle reste peu efficace sans le volontarisme des personnes concernées. Ainsi, si la coopération ne peut pas être imposée, elle peut se concrétiser sous forme de réseau, non en additionnant seulement des compétences, mais bien en créant des interactions nouvelles et qui évoluent au fil de la perception des limites ou possibles des uns et des autres. Les réseaux comportent les dangers des associations d'êtres humains : « *Un réseau associatif est d'abord une association et une mobilisation de personnes, avec tout ce que cela comporte comme défaillances et perversités possibles.* » (THILL 01).

L'extension des réseaux remet en question les charges de travail. L'activité de réseau devrait être reconnue en tant que telle, car il sera probablement nécessaire que les professionnels consacrent une partie de leur temps aux réseaux. Ces activités s'exerceront selon des modes et étendues variables, pouvant aller jusqu'à la fonction de coordinateur de réseaux.

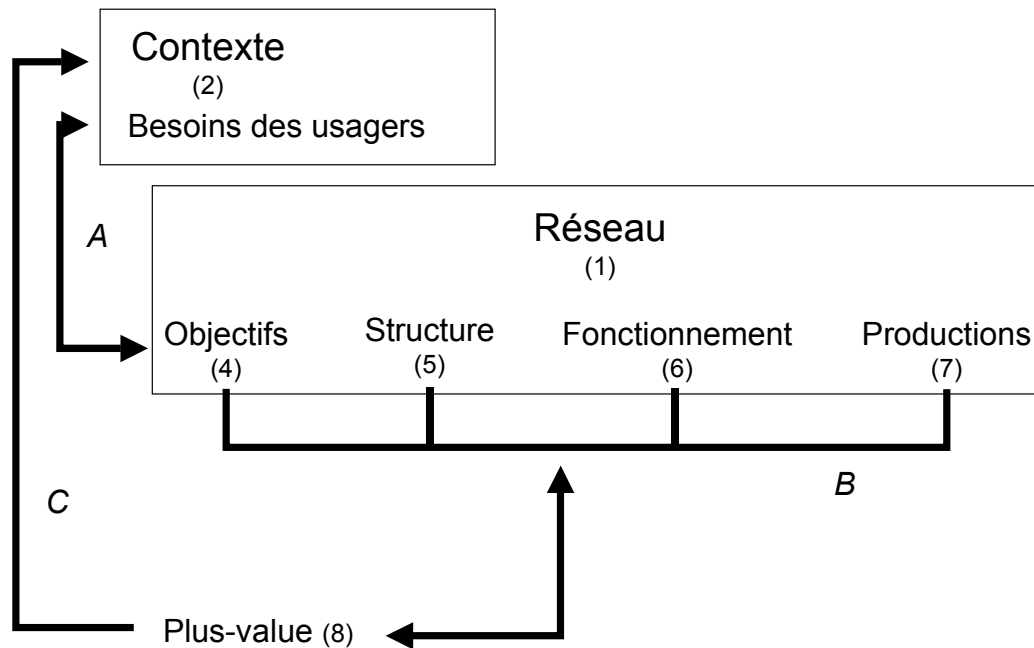
Les réseaux sont un type d'organisation. Comme toutes les organisations, ils sont amenés à se modifier au fur et à mesure de leur élaboration, évolution et évaluation. Il n'existe pas de réseau meilleur qu'un autre, mais des modèles plus ou moins appropriés à un contexte d'intervention donné.

Par ailleurs, le réseau est reconnu comme un moyen de soutenir des stratégies de changement. Pour THILL (2001), les réseaux associatifs humains sont des « *...lieux de création, contrepoints aux institutions, devenues plus instituées dans l'ordre établi qu'instituantes et fondatrices.* »

Un outil de typologie a été présenté sous forme d'un questionnaire « check-list ». Il facilite la description d'un réseau en considérant son contexte, son évolution, ses objectifs, sa structure, son fonctionnement, ses productions et sa plus-value. Une telle lecture permet de cerner l'identité d'un réseau, de marquer ses principales caractéristiques et d'accompagner la réflexion des acteurs de réseaux afin qu'ils se situent au sein de la variété des possibles.

Selon une même logique, une lecture plus approfondie des réseaux, utilisable à des fins d'évaluation a également été proposée. Les étapes de cette démarche ont été représentées sur le schéma suivant :

## Modélisation d'analyse de réseaux



### Légende

La numérotation de la liste ci-dessous en réfère aux groupes de questions de la grille d'analyse :

- 1) Définition du réseau
- 2) Contexte d'intervention du réseau
- 3) Elaboration et évolution du réseau (non présent sur le schéma)
- 4) Objectifs du réseau
- 5) Structure du réseau
- 6) Fonctionnement du réseau
- 7) Productions du réseau
- 8) Plus-value du réseau.

La plus-value résulte et intervient sur les objectifs, la structure, le fonctionnement et les productions du réseau, d'où la flèche à double sens.

Les lettres majuscules indiquent les points sur lesquels peut porter l'évaluation :

**A** : Appréciation de la pertinence entre les besoins et la structure organisationnelle et ses objectifs.

**B** : Appréciation de la cohérence ou de l'adéquation entre les objectifs, la structure, le fonctionnement et les productions du réseau.

**C** : Appréciation de la plus-value, de l'impact et de l'efficacité du réseau sur la problématique considérée. Ceci peut inclure l'examen du réajustement des stratégies du réseau par rapport à des modifications des besoins.

## **Partie pratique**

Les deux groupes accompagnés dans le déroulement du projet ont été choisis en raison de leurs distinctions. Ils ont permis d'illustrer des aspects différents du travail théorique.

La durée de vie du GSM a permis d'effectuer une étude plus approfondie et centrée sur le fonctionnement, les productions et la plus-value du groupe, en considérant l'adéquation entre ces éléments et les objectifs dont il s'est doté. Pour le Groupe Alimentation, même s'il a existé il y a quelques années sous forme de la Commission Spécialisée Alimentation du Conseil de la Santé, sa relance est récente et son intérêt a surtout résidé dans l'appréciation de la pertinence de son existence et de l'adéquation de ses objectifs par rapport aux besoins de ses membres.

Les deux groupes sont des réunions autour d'une thématique de professionnels considérés comme des experts dans les domaines traités. Le GSM a été considéré comme un réseau de professionnels exclusifs qui peut adopter la forme d'un réseau d'adressage de par la fonction soignante de plusieurs membres. Le Groupe Alimentation, dans sa forme actuelle, ne constitue quant à lui pas encore un réseau. Son contexte d'intervention comporte des caractéristiques qui appellent une organisation sous forme de réseau (par exemple : actions complexes et intriquées où une approche multidisciplinaire s'impose), mais il reste à élaborer des objectifs pertinents et à préciser sa structure et son fonctionnement dans la perspective d'améliorer sa pertinence avec les besoins en termes de santé publique. Si l'on considère que la prévention des cancers ou des maladies cardio-vasculaires sont des priorités pour la DGS, alors le groupe pourrait adopter une fonction de conseiller et contribuer à la définition d'une politique de santé dans ce secteur.

Les deux groupes se sont également distingués par le type de rapport qu'ils entretiennent avec les autorités politiques. Pour le GSM, il existe déjà une forme de collaboration indirecte qui permet une certaine communication des points de vues de spécialistes auprès des décideurs. Pour le groupe Alimentation, l'étendue et le mode de collaboration avec les autorités restent à imaginer.

# PRESENTATION DU PROJET

## 1 INTRODUCTION

Le projet intitulé « Les réseaux et les modalités de leurs mises en œuvre » a débuté en septembre 2001. Ce document présente les conclusions issues d'un travail d'analyse de littérature sur les réseaux, de la réalité décrite par les acteurs de réseaux lors d'entretiens et de celle observée au contact de deux réseaux genevois différents et contrastés. Une typologie des réseaux a été construite à partir de ces trois sources. Elle n'est pas définitivement figée, de par la propriété évolutive et expansive des réseaux.

Ce document est constitué de trois parties : (1) la présentation du projet ; (2) la partie théorique ou la typologie des réseaux ; (3) la partie pratique consacrée aux réseaux étudiés concrètement : le Groupe Santé Migrants (GSM) et le Groupe Alimentation. Une synthèse des activités menées avec chacun d'entre eux a été incluse ici. Les rapports exhaustifs sont disponibles auprès des réseaux concernés.

## 2 CONTEXTE DE REALISATION DU PROJET

Le terme « réseaux » est fréquemment employé dans les textes fondant la Planification Sanitaire Qualitative (PSQ) (PL 8045 et Cahiers de la santé 1998), sans qu'aucune définition ne soit véritablement proposée. Si l'on considère que les réseaux peuvent, doivent ou font déjà partie du paysage et d'une politique de santé à Genève, alors le besoin de cerner le terme et de proposer un vocabulaire commun est important.

En Europe, l'organisation sanitaire va dans le sens d'une multiplication des réseaux (France et Belgique en particulier) et inclut l'évaluation du travail en réseau. Au sein de cette tendance, il est nécessaire de comprendre où se situe la Suisse en présentant des modèles actuels, afin d'éviter l'importation de schémas valides à l'étranger qui risqueraient d'être inappropriés dans le système de santé cantonal.

Dès lors, au cours de sa mise en œuvre, la PSQ s'est proposée de participer au développement des réseaux par la réalisation d'un travail conceptuel sur la notion de « réseaux » articulé avec une description de réseaux existants ou en voie de concrétisation dans le système de santé à Genève.

Une action mieux coordonnée est *a priori* plus efficiente qu'une multiplication d'initiatives isolées et non concertées autour d'objectifs communs. En théorie, le travail en réseau permet de rationaliser les ressources par rapport aux objectifs des institutions concernées. Au delà de l'engouement pour les réseaux, il s'agit aussi de réfléchir si certaines modalités de structure et de fonctionnement ne sont pas plus appropriées pour certains contextes et objectifs.

Des éléments supplémentaires étaient à la base du choix du projet :

- L'usage courant du terme « travail en réseau » par les soignants, et leurs interrogations relatives à ce mode de fonctionnement.
- La multiplication à Genève des acteurs socio-sanitaires motivés par des objectifs d'intervention semblables ou complémentaires et la méconnaissance de la spécificité des interventions des autres institutions.
- L'existence de réseaux qui fonctionnent, mais aussi de barrières à la coopération entre différentes institutions et acteurs du système de santé.

### 3 OBJECTIFS

Les objectifs du projet étaient :

- Effectuer une revue de la littérature européenne francophone (France, Belgique et Suisse) sur la notion de « réseaux » dans le domaine de la santé.
- Définir le terme « réseau » de manière opérationnelle.
- Proposer une typologie des réseaux.
- Décrire un réseau du système de santé genevois qui fonctionne dans la réalité : le Groupe Santé Migrants (GSM).
- Catalyser un second démarrage du Groupe Alimentation.
- Promouvoir des activités de prévention et promotion de la santé au sein du réseau REMED<sup>1</sup>.
- Explorer les possibilités de créer ou promouvoir un réseau médico-social<sup>2</sup>.

### 4 METHODOLOGIE

Le projet a comporté deux niveaux de travail : un premier, global, sur l'étude du concept de réseaux et de leur évaluation, et un second, plus spécifique, en fonction des réseaux identifiés et de leurs caractéristiques. L'alternance entre ces deux composantes du projet était fondamentale afin de proposer des résultats appropriés à la pratique quotidienne des acteurs de réseaux présents ou à venir.

#### 4.1 Typologie des réseaux

Une grille d'analyse des réseaux a été conçue sur la base de deux documents traitant de l'évaluation des réseaux (ANAES 1999, BOURGUEIL 2001). Elle a permis d'élaborer le guide d'entretien des membres du GSM et le questionnaire destiné aux participants du Groupe Alimentation.

Les définitions et classifications des réseaux de plusieurs auteurs ont été regroupées dans un tableau comparatif pour mettre en évidence des dénominateurs communs et des critères de typologie. Ils ont été intégrés à la grille d'analyse des réseaux, de même que les données recueillies auprès des acteurs. La définition et la typologie proposées ont résulté de la synthèse de ces trois sources.

#### 4.2 Ressources et chronologie

PSQ : deux médecins de santé publique : Catherine Ritter Raimundo Matias à 50 % et Bruce Eshaya-Chauvin à 20% durant douze mois (septembre 2001 à septembre 2002), sous la supervision du coordinateur général de la PSQ Jacques A Bury.

---

<sup>1</sup> Dans le cadre de l'établissement d'une collaboration de la PSQ avec le réseau REMED sur la problématique de l'intégration de la prévention et de la promotion de la santé dans l'activité des médecins de premier recours, il avait été envisagé d'analyser ce réseau comme un des cas d'étude possible. Chemin faisant, il est apparu que l'objectif de développer cette collaboration sur la prévention et la promotion de la santé était de loin prioritaire et incompatible avec une étude contemporaine sur le REMED en tant que réseau.

<sup>2</sup> Cet autre cas d'étude possible a été abandonné en raison du nombre d'acteurs de la PSQ actuellement impliqués à des titres divers dans ce secteur.

# PARTIE THEORIQUE

## ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé

GSM : Groupe Santé Migrants

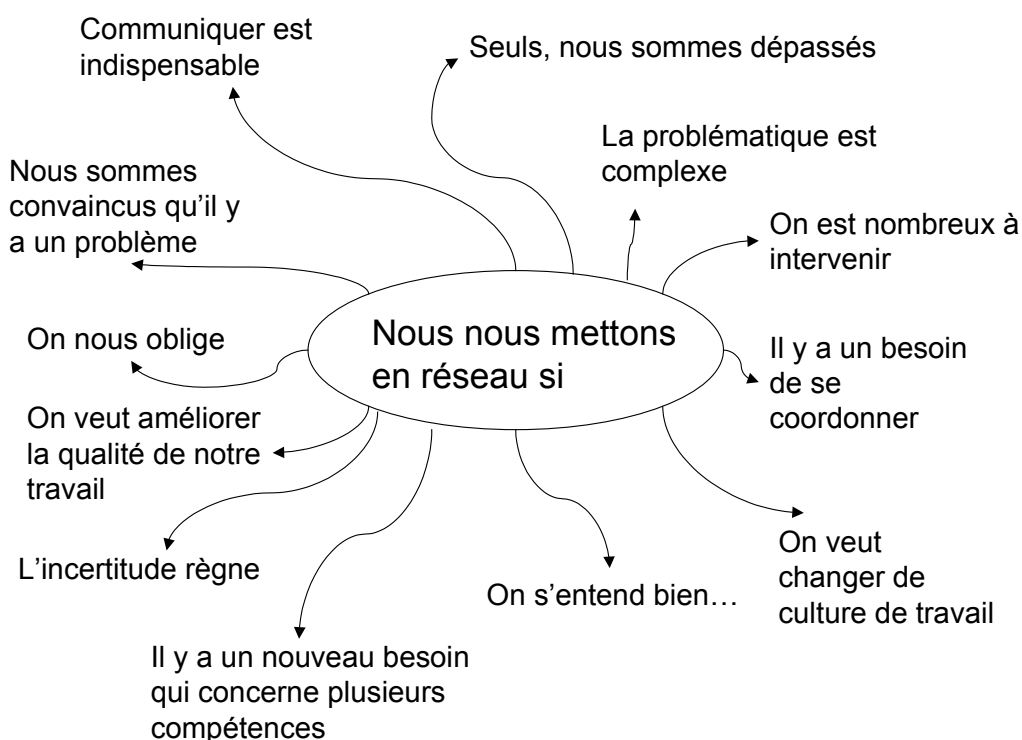
PSQ : Planification Sanitaire Qualitative

## GLOSSAIRE

- Acteurs, participants ou partenaires du réseau : les personnes qui sont actives dans le réseau. Leur énumération relève de la composition du réseau. Il peut s'agir d'individus ou d'institutions, d'usagers ou de membres. Les acteurs peuvent être synonymes des membres de réseau en l'absence de définition ou d'explicitation des éléments de différenciation.
- Coopération : relations entre des unités qui coordonnent les activités. « *Le réseau établit des relations de coopération entre des unités de production autonomes.* » (HUARD, MOATTI 1995).
- Coordination : « *Ensemble des activités et des moyens conscients qui visent à assembler et à synchroniser les tâches de nature différente, réalisées par des professionnels disposant de compétences variées, de façon à réaliser au mieux les objectifs que s'est fixée l'organisation.* » (BOURGUEIL et al. 2001).
- Filière : description collective des trajectoires (ANAES 1999).
- Incertitude : « *L'incertitude renvoie à l'impossibilité de prévoir avec précision les problèmes que l'activité va devoir résoudre et donc préparer la réponse nécessaire.* » (HUARD, MOATTI 1995)
- Membres : il s'agit d'acteurs du réseau, dont la définition précise en réfère au degré de formalisme et de fonctionnement du réseau. Ainsi, la qualité de membre peut concerner les personnes convoquées aux réunions ou celles dotées de pouvoir décisionnel par exemple. Les membres sont synonymes des acteurs de réseau en l'absence de définition ou d'explicitation des éléments de différenciation.
- Partenariat : « *le partenariat représente ... le moyen de contracter de façon équilibrée avec les autres acteurs.* » (MEYER, COUFFINHAL 1996).
- Plus-value : gain supplémentaire lié à la réalisation d'activités dans le cadre d'un fonctionnement en réseau. Elle représente une forme de majoration ou de renchérissement par rapport à une simple addition de différentes activités ou de personnes.
- Productions : activités conduites dans le cadre du réseau.
- Réseau : forme d'organisation transversale plus ou moins institutionnalisée et structurée, à un moment et sur un territoire donnés, d'un groupe de personnes ou d'organismes qui désirent apporter une réponse à une problématique. En général, il définit des objectifs et produit des services en fonction des besoins définis par ses membres et usagers.

- Trajectoire : cheminement individuel à l'intérieur d'un réseau de santé (ANAES 1999).
- Usagers du réseau : bénéficiaires des services du réseau. Selon les caractéristiques du réseau en question, ils peuvent adopter un statut de membre (voir « membres »).
- Volontarisme : « *Attitude de quelqu'un qui pense modifier le cours des événements par la seule volonté.* » Larousse 2002
- Volontariat : participation volontaire à une action. Elle peut être rémunérée.

# 1 INTRODUCTION



Ce schéma regroupe quelques-unes des motivations qui peuvent conduire à la création d'un réseau. Des structures et fonctionnements divers sont adoptés, en fonction du contexte de la problématique que le réseau souhaite aborder, des moyens, des personnes ou institutions présentes et des objectifs qu'elles souhaitent et peuvent se donner. Afin d'orienter les acteurs de réseaux au sein de la variété des combinaisons possibles, un outil de typologie et d'analyse est présenté dans ce travail.

Trois parties constituent le document théorique. La première (2 **Concept**) traite de la définition et des éléments principaux des réseaux. La seconde (3 **Typologie**) s'adresse au lecteur qui souhaite comprendre et cerner un réseau. La troisième (4 **Analyse de réseaux**), qui suit la même logique de questionnement, est davantage détaillée et approfondie. Elle peut être utilisée pour une analyse plus conséquente d'un réseau, voire dans un contexte d'évaluation.

## 2 CONCEPT

« Un réseau est un ensemble de liens dont les contenus, les formes et les directions sont indéfinies. » (BOILEAU 2001).

« ...un réseau est une topologie mathématique d'interconnexions de ponts instauratrices de circulations dans tous les sens. » (THILL 2001).

Ces définitions démontrent la diversité des interprétations du terme et le polymorphisme des réseaux dans leur pratique. Elles soulignent l'importance de l'explicitation des liens et de la structure sur laquelle ils s'échangent et circulent. NAIDITCH et OBERLIN (1994) distinguent les éléments liés à la dimension organisationnelle du réseau (ensemble de production ou le « *réseau structure* ») des rapports, interactions et règles de fonctionnement entre les personnes (le « *réseau processus* »).

Quelques éléments convergents sont cependant admis par différents auteurs. Le réseau est une forme d'organisation transversale plus ou moins institutionnalisée et structurée, à un moment et sur un territoire donnés, d'un groupe de personnes ou d'organismes. Ils désirent apporter une réponse à une problématique qui peut être complexe et s'inscrire dans la durée. Leur coopération se veut non hiérarchique et se construit sur la base de la reconnaissance des compétences et de la confiance entre les personnes. En général, le réseau définit des objectifs et produit des services en fonction des besoins définis par ses membres et usagers.

### 2.1 Trajectoires et filières

#### Trajectoire

La « trajectoire » considère le cheminement individuel à l'intérieur d'un réseau de santé, tandis que la filière décrit la dimension collective des trajectoires.

#### Filière

La filière peut être définie :

- *a priori*, résultant soit d'une proposition d'acteurs concernés dans le cadre du travail de réseau, soit d'imposition hiérarchique ;
- *a posteriori*, suite à l'observation des trajectoires des patients dans le système de santé (ANAES 1999).

La filière inclut les notions de verticalité et de hiérarchie entre les différents niveaux d'intervention. BAUBEAU et MARREL (1994) qualifient de « *réseau d'adressage* » l'organisation des filières des patients entre différents acteurs qui ont leurs spécificités et objectifs. Caricaturées, elles peuvent être assimilées à une « course d'obstacles », dont le point d'entrée et la circulation dans le système de santé sont désignés par des professionnels. Si cette organisation annule l'idée du réseau conçu comme un mécanisme de transformation des acteurs, elle peut préserver l'utilisateur d'une dépendance du seul réseau personnel et informel du soignant.

Lorsque le terme de réseau est employé, il peut s'agir d'une filière, d'une organisation classique ou d'un réseau. Les « phénomènes de mode », l'existence de tout temps des réseaux sociaux informels, ainsi que la double composante organisationnelle et relationnelle de la définition du réseau sont partiellement à la base de l'usage élargi du terme.

## 2.2 Réseaux de soins et réseaux de santé

« Je lui [réseau] préfère sa signification de lien, de liant, comme système de cohésion et de cohérence qui lie et allie pour être plus forts et moins solitaires, ne serait-ce que face à la maladie. » (LARCHER, PALOMENI 2001).

Le réseau représente un ensemble de collaborations potentielles destinées à des usagers. Il comprend des noms de personnes, institutions ou associations qui concrétisent un fonctionnement de réseau par la constitution de liens variables en intensité, durée et étendue.

L' ANAES (1999) différencie :

- Réseau de soins : la prise en charge de « *personnes malades* ».
- Réseau de santé : la prise en charge de « *personnes malades* » ainsi que les activités de prévention et d'éducation pour la santé.

### Réseaux entre l'aigu et le chronique

La pratique de réseau est «... un effort de coordination palliative à l'éclatement et au dysfonctionnement des structures et des équipes face à des problématiques lourdes, nouvelles, exigeant des réponses unitaires ou multidimensionnelles. » (BRIXI 1997).

Les modèles de santé des maladies aiguës sont inadaptés et insuffisants pour l'abord des affections chroniques, notamment en raison du cloisonnement entre les champs médical et social et entre les domaines de spécialisation à l'intérieur de ces champs.

Le terme de « réseau de santé » correspond à la complexité qui entoure les problèmes de santé chroniques. La pratique de réseau est une réponse organisationnelle pour améliorer la qualité des soins dans ce contexte où plusieurs intervenants se mobilisent autour des personnes : « *C'est le besoin de qualité qui justifie principalement la recherche et l'essai de nouvelles formes d'organisation des soins...* » (DAIGNE, GREMY 2001). « *...la convergence entre la recherche de qualité et le besoin de réseau n'est pas fortuite, et peut-être peut-on soutenir que le second est une forme organisationnelle...de la première.* » (GREMY 2001).

En réalité, le réseau permet de réunir des dimensions arbitrairement opposées pour constituer une approche de santé globale : les soins (« le curatif ») et la prévention (« préventif ») par exemple. Ces activités ne doivent pas être conçues comme une succession d'entités, mais comme des composantes étroitement liées pour un même accompagnement. Elles perdent leur sens lorsqu'elles sont dissociées. Par exemple : l'éducation thérapeutique s'inscrit dans la prévention tertiaire et fait partie intégrante des prestations pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Ou encore : des activités de prévention primaire menées sur les lieux de soins créent des échanges entre des soignants axés sur une approche individuelle et des spécialistes en santé publique.

En cas de crise survenant au cours d'une affection chronique, le réseau d'intervenants habituels (qui connaissent toute la complexité d'une situation qu'ils ont investie durant des années parfois) doit être consulté. Une décision prise isolément peut s'avérer inadéquate, entraver, voire annuler les apports préalables.

La mobilisation d'un réseau en cas d'urgence ou d'épisode aigu et nouveau existe également. Sa résolution est facilitée, voire accélérée par la connaissance des intervenants du réseau en question.

## **Réseaux de soins : désuets ?**

En conclusion, la distinction entre réseau de soins et de santé semble dépassée. En pratique, il s'agit bien de réseaux de santé qui incluent des professionnels de disciplines non médicales : « ...*l'exclusivité de la médecine individuelle de soins est de plus en plus discutée...* » (GREMY 2001).

## **2.3 Eléments principaux des réseaux**

### **2.3.1 Les ressources humaines**

#### **Le réseau et le partenariat**

Les potentiels humains du réseau sont mobilisables en fonction des besoins et des problématiques à résoudre. Le réseau existe sous forme de fichier d'adresses, dont les combinaisons formalisées et concrétisées dans une action constituent le partenariat.

Un sentiment d'utilité et la valeur ajoutée pour chacun motivent la participation de personnes par ailleurs souvent peu disponibles. BOILEAU (2001) décrit le rapport coût-bénéfices des membres comme un « *partage égoïste* ».

#### **Les membres et les usagers**

Bien que les réseaux souhaitent se « centrer sur les patients », il y a lieu de s'interroger sur les liens qui existent véritablement entre les membres et les usagers. « *L'essentiel est que l'on mette en relation des gens qui ont des choses à faire ensemble et qui peuvent ensemble organiser les choses avec une forme différente, alternative.* » (BURY 2000).

Le réseau peut être une nouvelle organisation des activités du système de santé destinées à des usagers, sans pour autant que les rapports avec les soignants diffèrent de la situation précédente : les bénéficiaires sont infantilisés et dépossédés de leur santé. Ainsi, le défi pour le réseau consiste à favoriser le développement d'une conception plus citoyenne du travail sanitaire en passant d'un mode de fonctionnement de type « travailler pour » à « travailler avec » les usagers pour produire ensemble la santé. Selon SOULIE (1994), le rapport d'autorité se modifie de « *pouvoir sur* » vers des échanges de « *pouvoir de* ».

#### **La confiance entre les personnes**

Quel que soit son degré de structure rigidifiée et formalisée, le succès d'un réseau dépend de la confiance entre les participants (HUARD, MOATTI 1995). Sans elle, il n'y a pas de véritable réseau, tout juste une association de personnes. Une obligation ou ordonnance de collaborer par l'élaboration d'un réseau structuré et hiérarchique (réseau décrété) restera peu efficace sans la coopération volontariste des personnes concernées qui peut difficilement être imposée. L'esprit de coopération lui se concrétise sous forme de réseau (BAPTISTE 1998).

### **2.3.2 Organisation et fonctionnement en réseau**

#### **La dynamique informative**

Le réseau est constitué d'une trame réticulaire plus ou moins étendue ou d'un ensemble de liens sur lesquels les informations peuvent circuler à une vitesse variable. Il n'y a pas obligatoirement de passage par un centre. Le réseau représente un moyen d'accès à l'information ou à des compétences qui parfois ne s'acquièrent qu'au travers des contacts personnels. Le partage de ces connaissances est reconnu comme un moteur essentiel pour améliorer les performances (BAPTISTE 1998).

### **Le réseau : une constitution et un fonctionnement formels et informels**

Les interactions entre les acteurs du réseau, comme dans tout groupe d'individus, ont une double composante officielle et informelle ou visible et invisible. Un réseau informel construit progressivement et spontanément des caractéristiques de formalisme et le caractère formel d'un réseau ne peut pas se passer de son aspect informel. A l'intérieur d'une organisation (« *réseau interne* », ARWIDSON 1994), les liens entre les personnes peuvent être théoriquement définis par des règlements et des contrats. Dans la réalité, des différences proviennent de la construction des réseaux individuels informels.

Le degré de formalisation d'un réseau est à mettre en lien avec son fonctionnement. Si un minimum semble nécessaire, un degré élevé ne garantit pas l'atteinte de la finalité. L'équilibre est à trouver de cas en cas.

### **Le réseau : un moyen ou un objectif ?**

Le réseau représente un moyen de communication orienté vers la résolution d'un problème (ARWIDSON 1994), il n'a pas de fin d'existence en soi. Il est subordonné à un projet pour lequel différents membres choisissent de se mobiliser selon une géométrie variable. Des acteurs trop souvent éclatés et cloisonnés décident de compléter et partager leurs compétences. Ils érigent un dispositif de coopération dans un effort de coordination (HUARD, MOATTI 1995). Il ne s'agit pas seulement d'ajouter des compétences, mais bien de créer des interactions nouvelles et qui évoluent au fil de la perception des limites ou possibles des uns et des autres.

Ainsi, le sens d'un réseau ne provient pas de sa propre existence, mais de celui qu'il parvient à générer autour de lui (THILL 2001). Par exemple : l'émergence de nouvelles pratiques (BRIXI 1997) ou l'interrogation d'opinions partagées par une majorité. Le réseau peut aussi être amené à se positionner (de manière neutre ou engagée politiquement) par rapport à une problématique. Il permet de soutenir des stratégies de changement. Pour THILL (2001), les réseaux associatifs humains sont des « *...lieux de création, contrepoints aux institutions, devenues plus instituées dans l'ordre établi qu'instituantes et fondatrices.* »

### **Le réseau : une autre conception du travail**

Le dispositif des réseaux amène un espace d'innovation pour les pratiques professionnelles, les modes de négociation et de travail entre les personnes participantes. Celles-ci suivent un cheminement alternatif entre leur travail au sein de l'association ou de l'institution qu'elles représentent et le réseau. Les membres existent en tant qu'entités qui investissent, selon une intensité variable, un espace de partage et d'échanges, potentiellement concrétisé dans un projet collectif.

A partir du moment où ils atteignent la dimension du réseau, les objectifs communs à tous les membres l'emportent jusqu'à un certain point sur ceux des organisations représentées. Ceci est possible tant que les objectifs du réseau et ceux des membres n'entrent pas en conflit d'intérêts. Les membres ne s'effacent pas au profit du réseau et suivent en priorité les objectifs liés à leur engagement dans l'organisme de référence (BAUBEAU, MARREL 1994).

Les activités menées au sein du réseau et à l'extérieur exercent une influence réciproque. L'intérêt réside dans les apports de ce passage entre deux moments, lieux ou logiques de travail. Pour BAPTISTE (1998), l'utilité essentielle de l'échange d'informations au sein d'un réseau est de permettre à chacun de mener à bien ses objectifs particuliers (au sein de son organisme membre), car c'est là que portera l'évaluation. Le partage entre deux modes d'organisation différents permet un apprentissage et conduit à des changements. Par exemple : des personnes habituées à un fonctionnement dans l'indépendance reconnaissent leur dépendance d'autres collaborateurs pour certaines activités et acquièrent ainsi une plus grande autonomie. Ou encore : les opinions des usagers sont prises en compte, démarche qui peut aller jusqu'à l'attribution d'un rôle décisionnel.

### **Le réseau et l'interdisciplinarité**

Le réseau est un outil d'organisation du travail en interdisciplinarité, dont les « réunions de réseau » représentent les moments de coordination. Si les personnes participantes gardent l'indépendance des décisions relatives à leurs domaines de compétences, le réseau les amène à entendre d'autres points de vue dont elles doivent tenir compte pour les décisions qui relèvent d'un choix collectif. Les usagers peuvent également être présents.

### **Le réseau et la définition des besoins**

L'organisation en réseau permet de mieux définir les attentes et les besoins de la population concernée (BAUBEAU, MARREL 1994), pour autant que usagers soient davantage que des bénéficiaires d'un réseau. Ils doivent être en position de liberté d'expression d'opinions et de besoins que les professionnels concernés doivent être capables d'écouter, d'entendre et de considérer dans les prises décisions (LARCHER, PALOMENI 2001).

### **Relier les problèmes de santé aux demandes des personnes dans leur vie**

Pour LARCHER et PALOMENI (2001), en redonnant aux usagers leur place de sujet dans la production de santé, les réseaux permettent de relier l'affection dont ils souffrent à leurs demandes et à leur vie. Cela implique de rendre aux usagers l'autonomie des décisions qui les concernent, tout en mettant à leur disposition les moyens de s'approprier un tel fonctionnement, au risque sinon de passer trop directement d'une conduite paternaliste à un abandon des usagers.

### **L'auto-évaluation**

Les participants peuvent définir régulièrement les rôles de chacun et évaluer leurs contributions à l'atteinte des objectifs. Il s'agit d'auto-évaluation dans la mesure où les membres du réseau s'accordent eux-mêmes sur le cadre référentiel des critères quantitatifs et qualitatifs de leur jugement.

## **2.3.3 La dimension sociale des réseaux**

### **Les réseaux primaires et secondaires**

BRODEUR (1984) définit les réseaux primaires comme un ensemble naturel d'individus en interaction les uns avec les autres, ou une entité dans laquelle les gens se connaissent et les liens affectifs dominent sur les liens fonctionnels. Les réseaux secondaires fournissent des services et s'apparentent à un organisme au sens communément entendu.

### **Les réseaux sociaux : des liens**

Les réseaux sont les liens des personnes entre elles ou en étoile autour d'une personne. Ils sont leur carnet d'adresses ou leur tissu social. Les réseaux sont « *cohésifs* » lorsque le capital relationnel est défini par la confiance et la coopération. La culture est commune, les objectifs et l'esprit de groupe existent et les actions sont coordonnées. Ils présentent à l'extrême un risque de création de ghetto et d'isolement du groupe. Motivé par un meilleur accès aux informations et aux opportunités, le réseau peut prendre une forme expansive. Il permet alors de créer des liens entre des unités isolées (BAKER 2001).

### **Les réseaux : de nouveaux liens pour sortir du corporatisme professionnel**

Le travail entre collaborateurs organisés sous forme de réseaux provoque des rencontres inhabituelles et donne une chance à chacun de créer des partenariats nouveaux. Le réseau est donc un moyen qui permet de relier différemment des personnes. Ceci est à valoriser dans des contextes où le corporatisme professionnel est important et est renforcé par l'appartenance à une classe sociale ou des études menées en commun.

### **Le réseau social et la clinique**

*« Le réseau social peut être défini comme un groupe de gens, membres de la famille, voisins, amis et autres personnes susceptibles d'apporter à un individu ou une famille, une aide et un appui à la fois réels et durables. C'est en quelque sorte un cocon autour d'une unité familiale qui sert de tampon entre cette unité et la société. »* (ELKAIM, 1987, cité par BORN, LIONTI 1996).

L'ouverture du réseau à des personnes non issues de la famille (les soignants) et l'aide qui s'inscrit dans le temps sont deux éléments pertinents dans le domaine de la santé, puisque : *« Bien souvent, entrer dans le système de soins pour une maladie chronique implique d'en rester captif jusqu'à la fin de ses jours. »* (GREMY 2001).

Mais un réseau social qui assume un certain nombre de tâches ne devrait pas servir de prétexte à une « démission » des soignants...

### 3 TYPOLOGIE

Ce chapitre s'adresse au lecteur qui souhaite concevoir globalement les aspects des réseaux. Le chapitre 4 **Analyse de réseaux** permet une approche plus détaillée.

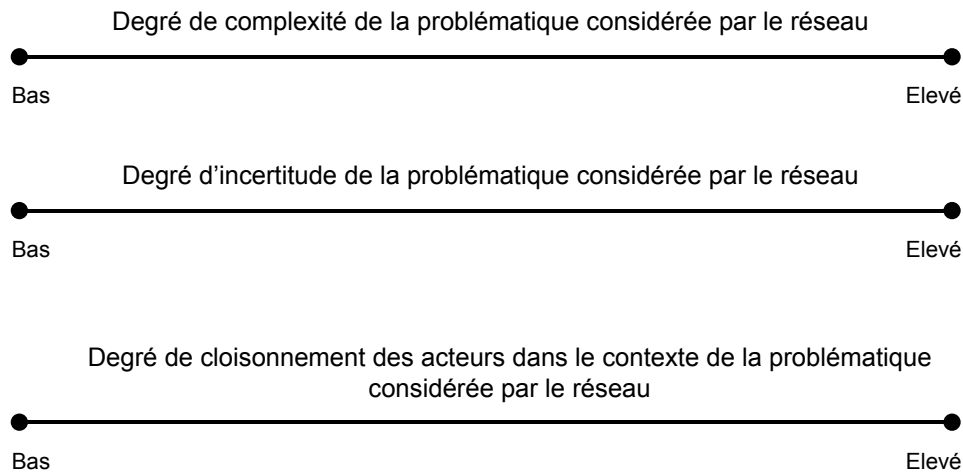
L'outil présenté sous forme d'un questionnaire « check-list » décrit un réseau en considérant son contexte, son évolution, ses objectifs, sa structure, son fonctionnement, ses productions et sa plus-value. Une telle lecture permet de cerner l'identité d'un réseau et de marquer ses principales caractéristiques.

Le questionnaire peut être conduit par un intervenant extérieur ou par les acteurs eux-mêmes (auto-analyse), selon deux modes :

- Collectivement entre les acteurs.
- Individuellement dans un premier temps, pour que chaque acteur (isolément ou en présence d'autres personnes de l'institution ou association qu'il représente) procède à sa lecture avant de la comparer aux autres.

Il appartient aux participants d'un réseau de décider de la pertinence des critères pour leur pratique (ces derniers peuvent parfois être non applicables : NA) et de l'opportunité d'effectuer une recherche plus importante. Certains aspects ne peuvent être complétés qu'au moyen d'une enquête approfondie et nécessitent un investissement relativement lourd en coûts et temps. Par exemple : la satisfaction des usagers du réseau (voir point 3.1.7 Plus-value du réseau).

En général, chaque critère appelle une réponse. Les échelles ne sont pas dotées de score numérique pour que la démarche de réflexion commune soit plus libre. Elles peuvent être changées pour faciliter les comparaisons dans le temps, car le schéma se modifie en fonction des particularités du réseau qui évoluent.



### 3.1.1 Contexte du réseau

#### **Degré de complexité de la problématique considérée par le réseau**

La majorité des domaines d'intervention actuels des réseaux concernent des problématiques complexes avec comme corollaire fréquent la difficulté de les aborder isolément : *«...un circuit améliorant la réponse apportée à des patients que leur pathologie ou leur situation sociale rend trop lourds ou trop complexes pour pouvoir être pleinement assumés par les connaissances et l'expérience d'un seul type de professionnels. »* (LARCHER 1997).

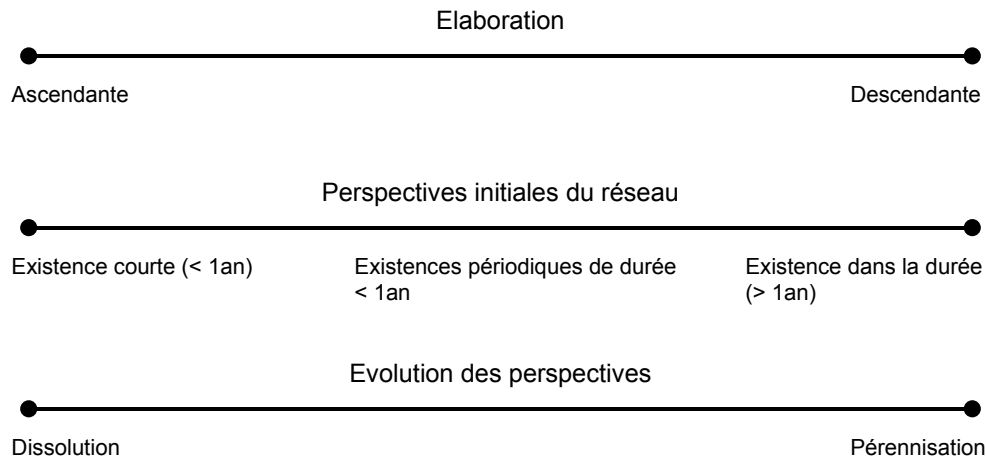
#### **Degré d'incertitude de la problématique considérée par le réseau**

L'incertitude, au sens de maîtrise partielle d'un domaine par les acteurs, peut être liée à la complexité. Les solutions théoriques sont confrontées à la réalité dont la compréhension progresse en cours d'intervention et l'évolution est peu prévisible. L'approche nécessite des stratégies exploratoires et innovantes pour lesquelles peu d'expériences préalables, évaluées et transférables existent. Elle contient un risque d'erreurs.

#### **Degré de cloisonnement des acteurs dans le contexte de la problématique considérée par le réseau**

Lors de l'initiation d'un réseau, il s'agit de passer en revue les diverses structures concernées par la même problématique. Leur degré de cloisonnement peut être estimé en considérant le type de collaboration ou l'existence de partenariats que certaines ont établis.

### 3.1.2 Evolution du réseau



#### **Elaboration du réseau**

L'élaboration en réfère au processus de construction du réseau. Elle diffère d'une ou de quelques réunions isolées de professionnels qui peuvent effectivement appartenir à une démarche de création de réseau.

L'élaboration ascendante (« bottom up ») émane d'un groupe de professionnels volontaristes préoccupés par une situation. Elle est conduite par un « père fondateur légitime » dont le réseau peut éventuellement se passer par la suite (LARCHER, PALOMENI 2001). Elle peut impliquer que les participants acceptent un travail supplémentaire, parfois non rémunéré.

L'adhésion à la mission ou l'éthique du réseau peut être remise en question lors du renouvellement des postes au sein des institutions représentantes pourvus par les membres initiateurs.

L'élaboration descendante (« top down ») correspond au réseau décrété ou demandé expressément par une hiérarchie. Il réunit des personnes animées ou non d'une volonté spontanée de collaboration.

#### **Perspectives initiales du réseau**

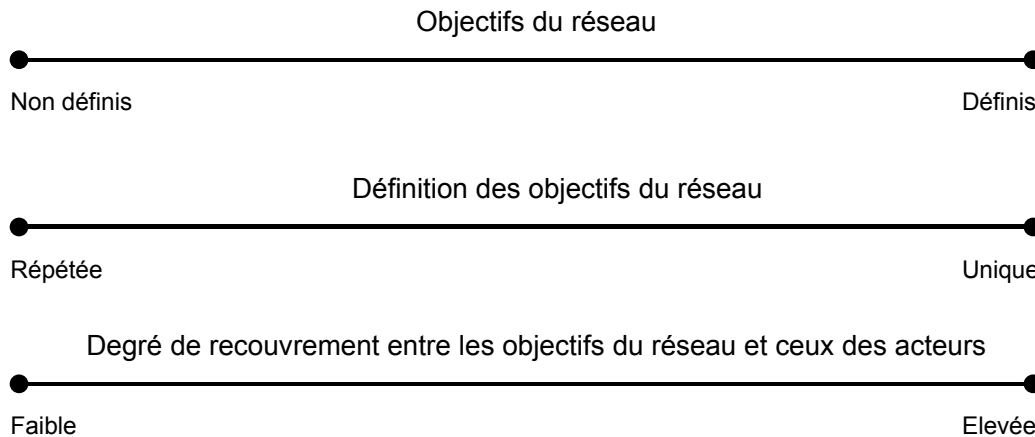
L'intention du groupe de travail qui crée un réseau peut consister à :

- répondre à une demande isolée dans le temps (existence courte arbitrairement fixée à un an) ;
- mener des actions ponctuelles et périodiques (de durée inférieure à un an) ;
- viser une existence à plus long terme.

#### **Evolution des perspectives**

Le réseau naît d'un besoin et est subordonné à un projet. Il peut être amené à disparaître sans que cette évolution ne soit un échec. En cas de besoin et de volonté de pérennisation, il appartient aux acteurs de définir les critères qui la rendront possible.

### 3.1.3 Objectifs du réseau



#### **Objectifs du réseau**

Logiquement, des objectifs communs sont définis lors de la constitution du réseau.

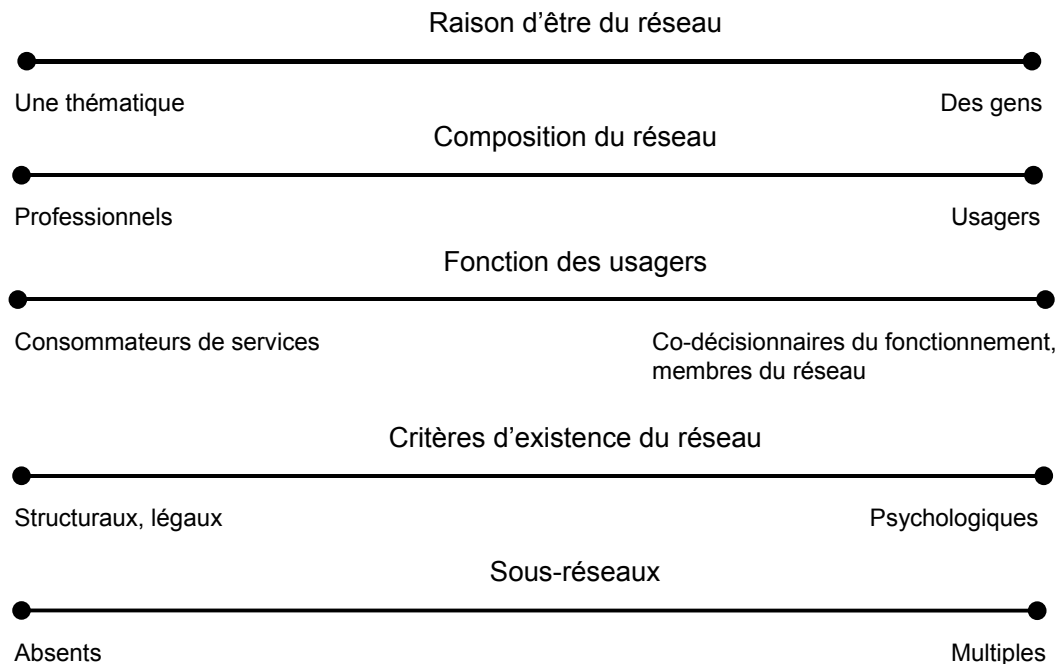
#### **Définition des objectifs du réseau**

L'exercice de définition des objectifs du réseau peut se répéter dans le temps en fonction d'une évolution du contexte, d'une volonté d'adaptation à d'autres besoins (suite à une évaluation par exemple) et de l'intégration d'acteurs nouveaux ou supplémentaires.

#### **Degré de recouvrement entre les objectifs du réseau et ceux des acteurs**

La congruence des objectifs des membres avec ceux du réseau détermine leur adhésion et identification à ceux du réseau. La centralité des finalités du réseau et des membres est garante (non exclusivement) d'un meilleur fonctionnement. Lorsque le recouvrement entre ces deux classes d'objectifs est faible, le membre peut sentir un manque d'intérêt à contribuer au réseau. Des conflits d'objectifs peuvent être à la base d'une redéfinition des objectifs initiaux ou d'une fragilisation du réseau.

### 3.1.4 Structure et ressources du réseau



#### **Raison d'être du réseau**

La raison d'être du réseau précise l'élément de départ que les professionnels désirent aborder. Elle peut concerner une population donnée ou un thème particulier, voire les deux.

#### **Composition du réseau**

Le réseau peut majoritairement (ou exclusivement) être composé de membres professionnels ou compter des usagers dont les fonctions varient selon le réseau. Elles devraient être clairement explicitées.

#### **Fonction des usagers**

Lorsqu'ils sont présents dans le réseau, les usagers peuvent consommer des services : ils sont bénéficiaires. Ils peuvent aussi être incorporés dans le fonctionnement du réseau et voir leurs opinions prises en compte par les membres ou le devenir à part entière lorsqu'ils détiennent un pouvoir décisionnel dans le réseau par exemple. La définition de qualité de membre varie selon les réseaux.

La notion de « population cible » n'apparaît pas ici. La population peut à la fois représenter la raison d'être du réseau et compter parmi ses membres. Dans ce cas, les personnes ne sont plus des « cibles d'action », mais des partenaires ou acteurs : la composition du réseau est paritaire.

La fonction des usagers permet donc de différencier :

- Le réseau de santé. Les usagers sont aussi membres du réseau et non seulement consommateurs de services. Ils contribuent directement à la réalisation de l'objectif général du réseau et sont des sujets co-décisionnaires.
- Le réseau d'adressage. L'utilisateur bénéficie de services dont la coordination est la préoccupation principale du réseau. Il n'est pas co-décisionnaire, mais un « objet » d'échange entre les acteurs.

### **Critères d'existence du réseau**

Le réseau comporte un degré de formalisation ou d'officialisation variables, selon l'historique de sa naissance (spontanée ou décrétée), l'évolution souhaitée par ses membres et son mode de fonctionnement. Une légitimation minimale par une institution semble nécessaire pour garantir le réseau dans la durée (LARCHER, PALOMENI 2001).

Une fois constitué, le réseau se maintient principalement selon des critères :

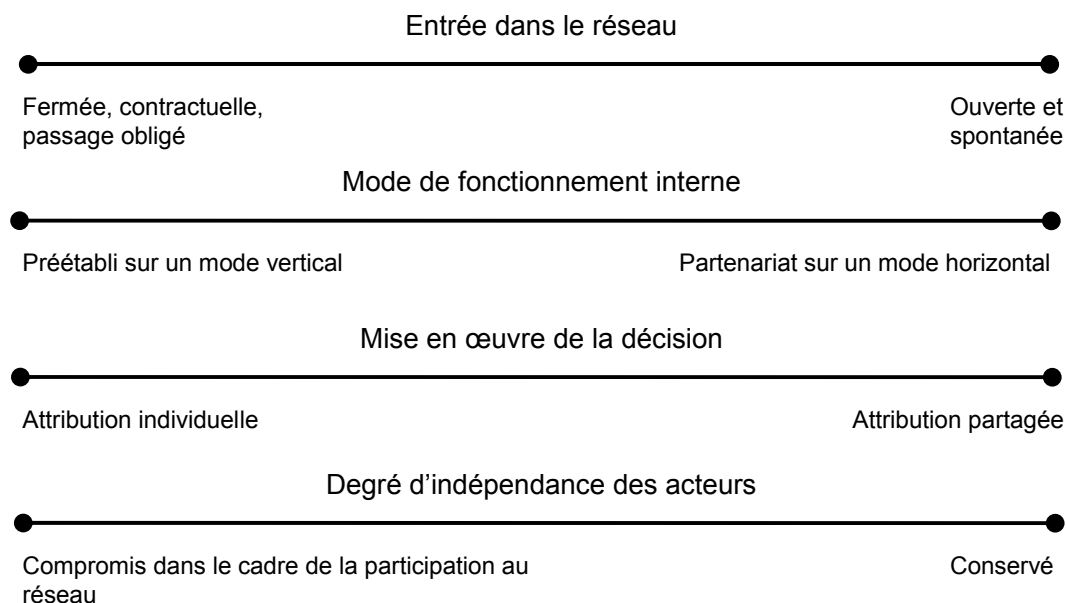
- Psychologiques : motivations et relations personnelles des participants ; le degré d'institutionnalisation est faible.
- Structuraux : les éléments organisationnels prédominent dans le fonctionnement ; le degré d'institutionnalisation est plus élevé (GREMY 1997).

Qu'ils comprennent les usagers ou non, les membres sont liés par des relations de nature diverse. Un rapport contractuel n'exclut pas la possibilité d'échanges spontanés et emprunts d'une dimension affective.

### **Sous-réseaux**

Le réseau peut constituer des sous-réseaux, chacun se concentrant sur un domaine spécifique pour permettre une production plus efficiente. A l'inverse, un réseau peut s'insérer dans un ensemble plus large, par exemple sous forme d'association nationale de coordination des réseaux.

### 3.1.5 Fonctionnement du réseau



#### **Entrée dans le réseau**

L'entrée dans le réseau adopte une forme plus ou moins contractuelle. Elle peut être conçue comme un passage obligé en fonction de critères précis d'inclusion ou d'exclusion. S'il s'agit des usagers, ils peuvent être considérés comme une « population captive ». A l'opposé, l'intégration d'un membre peut être spontanée à sa propre demande ou sur l'initiative d'un autre membre.

#### **Mode de fonctionnement interne**

Une organisation en réseau n'implique pas un fonctionnement horizontal. Selon les décisions à prendre, il peut adopter :

- une hiérarchisation verticale classique : les décisions sont prises par un petit groupe de personnes qui répartissent les tâches à exécuter entre les différents membres. Le réseau est alors focalisé autour d'un leader selon une configuration triangulaire ou stellaire.
- une formule horizontale, où les partenaires sont co-décisionnaires. Plusieurs centres décisionnels et meneurs peuvent coexister ou fluctuer en endossant une autorité et un pouvoir variables selon les actions entreprises.

D'autres décisions sont indépendantes : elles ne concernent pas la collectivité du réseau et chaque acteur reste maître dans son domaine de compétences.

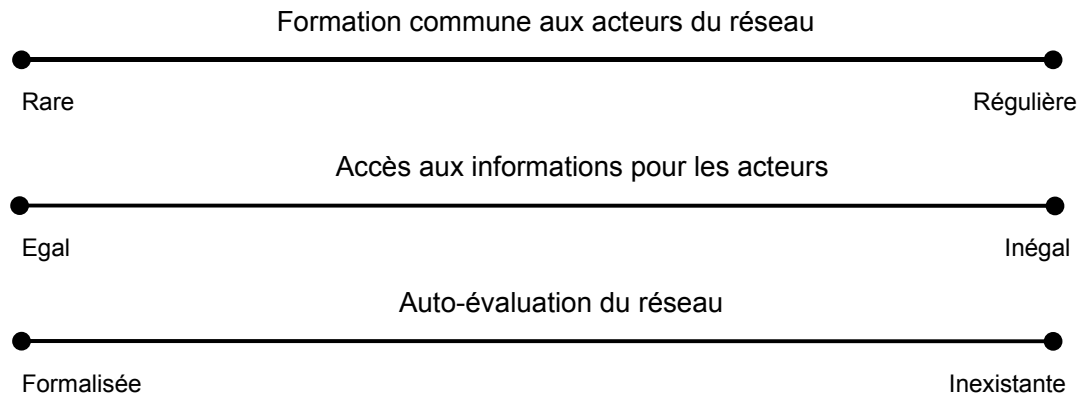
#### **Mise en œuvre de la décision**

Le niveau décisionnel est souvent confondu avec celui de l'exécution des décisions. Même en cas de décision collective, l'exécution des tâches peut être individuelle sous la coordination d'un responsable. D'autres tâches peuvent elles être conduites collectivement en réunissant une partie ou l'ensemble des participants du réseau.

#### **Indépendance ou autonomie des acteurs**

L'intégration d'un participant dans un réseau peut renforcer son autonomie. Cette évolution est à souhaiter dans les situations où un changement des pratiques et une évolution des professionnels sont visés. Un acteur amené à travailler en partenariat situera plus clairement ses propres limites, saura à qui s'adresser en cas de besoin et surtout s'appropriera des valeurs supplémentaires dans son fonctionnement. Le réseau est fondé sur le respect et la

reconnaissance mutuelle des contributions et des parties impliquées dans un rapport d'interdépendance : « *Le projet d'un réseau ...c'est de vouloir une solidarité par la diversité dans l'interdépendance.* » (THILL 2001).



### **Formation des participants du réseau**

L'apprentissage de nouvelles compétences par des professionnels amenés à fonctionner dans un réseau est parfois un objectif prioritaire. La formation peut être formelle ou informelle. La formalisation et l'explicitation des objectifs d'apprentissage sont absents dans le second cas.

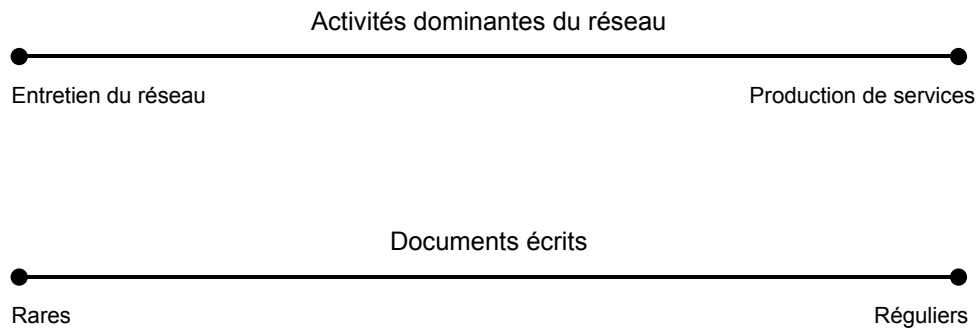
### **Accès aux informations pour les participants**

La nature des informations et leur accès par les participants doivent être déterminés, particulièrement en cas d'échange de données concernant des usagers. En général, l'information est partagée dans leur intérêt, ce qui limite le contenu et évite les « ragots » ou un éventuel sentiment de trahison des usagers. Il s'agit également de définir les voies de circulation de ces informations, en veillant à leurs composantes formelles et informelles.

### **Auto-évaluation du réseau**

L'auto-évaluation peut être conduite régulièrement par les acteurs sur la base de leurs objectifs et critères d'évaluation. Elle existe parfois de manière informelle sans que les acteurs soient conscients de toutes ses étapes, tout en occasionnant des réajustements appropriés. L'absence d'auto-évaluation ou d'évaluation est à regretter.

### 3.1.6 Productions du réseau



#### **Activités du réseau**

Le réseau mène des activités différentes selon sa finalité et ses objectifs.

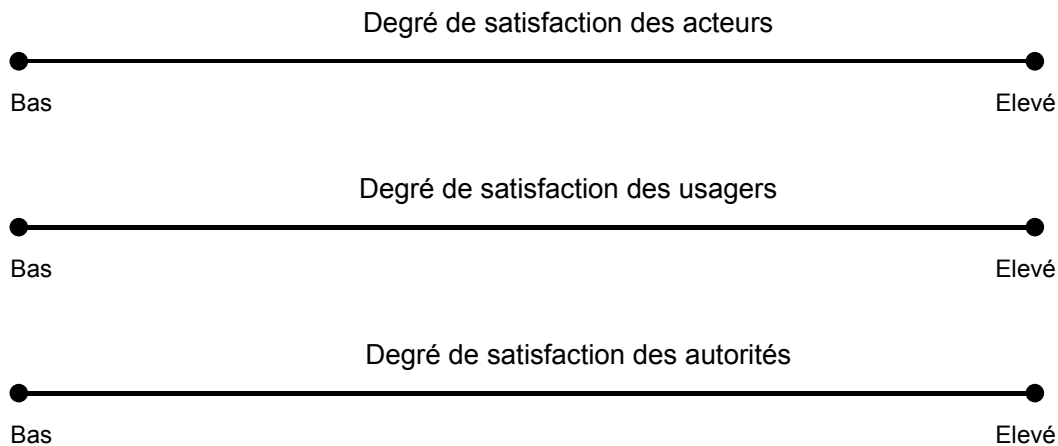
Par exemple : la proposition de consultations interdisciplinaires, la définition de vocabulaire et de protocoles de traitements communs, l'organisation d'une campagne de promotion de la santé.

Les échanges d'informations, indispensables pour l'entretien du réseau, sont également considérés comme une activité. Lorsque cette dernière prédomine, il s'agit de veiller pourtant à ce qu'elle ne masque pas un dysfonctionnement du réseau. En effet, même initialement doté d'objectifs pertinents, un réseau risque à plus ou moins long terme de se centraliser excessivement sur son propre entretien. Cela peut conduire à une perte de cohérence des activités et une déviation de la finalité du réseau.

#### **Documents écrits**

Par exemple : procès-verbaux des rencontres, publications, plaquettes de présentation du réseau.

### 3.1.7 Plus-value du réseau



La production indique les activités du réseau, tandis que la plus-value représente le gain supplémentaire lié à leur réalisation dans le cadre d'un fonctionnement en réseau. Elle est en général difficile à estimer, de par l'absence fréquente d'un cadre référentiel sur lequel la comparaison peut porter.

La plus-value appartient au domaine des résultats du réseau et peut provenir d'éléments organisationnels du réseau et/ou des composantes relationnelles qu'il engendre. Réciproquement, elle peut constituer un apport spécifique pour :

- la connaissance du contexte d'intervention ;
- le degré d'atteinte des objectifs ;
- les productions du réseau ;
- le fonctionnement du réseau.

#### **Degré de satisfaction des participants**

La satisfaction des participants concerne à la fois les membres et les usagers.

#### **Degré de satisfaction des autorités**

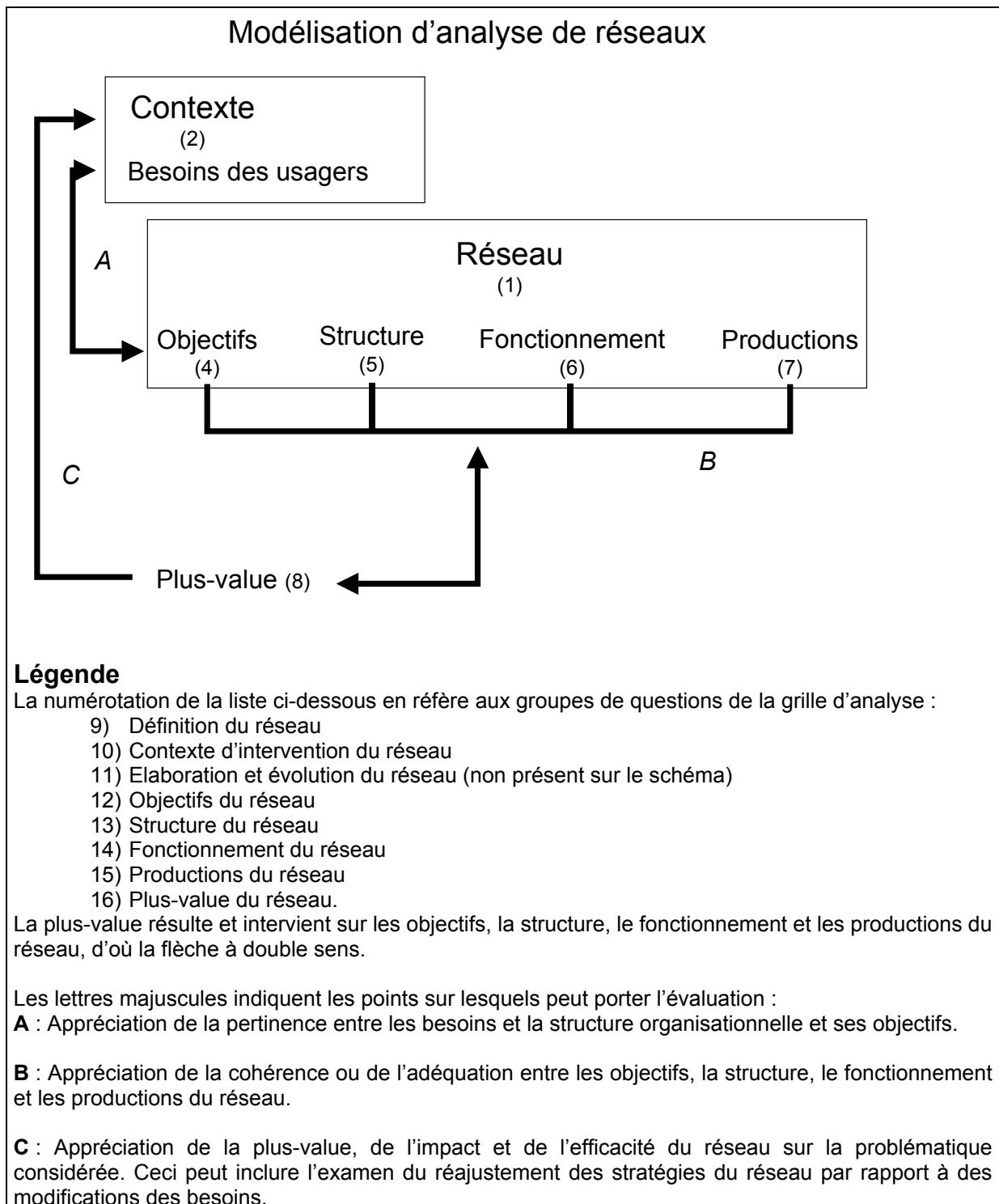
La satisfaction des autorités qui préconisent la mise en place des réseaux : politiques et administratives par exemple.

## 4 ANALYSE DE RESEAUX

Ce chapitre suit la même logique que le précédent (3 **Typologie**). Il propose une lecture plus approfondie des réseaux qui peut être utilisée à des fins d'évaluation.

Une grille d'analyse des réseaux élaborée à partir de la littérature de l'évaluation des réseaux est présentée en annexe I. L'objectif était de résumer une démarche évaluative qui doit être complétée et adaptée à chaque situation traitée.

Les étapes de cette démarche sont représentées sur le schéma suivant :



## 5 SYNTHÈSE

Ce travail représente une tentative pour éclaircir ce que sont ou peuvent être les réseaux dans les systèmes de santé en particulier. Son objectif était d'accompagner la réflexion des acteurs de réseaux afin qu'ils se situent au sein de la variété des possibles. L'établissement de stratégies de construction de réseau à partir de la volonté initiale de quelques personnes ou l'élaboration de repères pour un réseau qui choisit d'évoluer vers d'autres perspectives n'ont pas été traités ici. Le financement et le conditionnement des réseaux par le contexte juridique des différents systèmes de santé européens ont également été écartés.

Il n'existe pas de réseau meilleur qu'un autre, mais des modèles plus ou moins appropriés à un contexte d'intervention donné. Par exemple, face à une problématique en constante évolution sociale et politique, un réseau doté d'un fonctionnement souple devrait permettre une meilleure adaptation à cette mouvance.

Les réseaux sont un type d'organisation. Comme toutes les organisations, ils sont amenés à se modifier au fur et à mesure de leur élaboration, évolution et évaluation.

Les réseaux comportent les dangers des associations d'êtres humains : « *Un réseau associatif est d'abord une association et une mobilisation de personnes, avec tout ce que cela comporte comme défaillances et perversités possibles.* » (THILL 01). Parmi les dangers :

- S'attendre systématiquement à un fonctionnement horizontal et démocratique des participants assemblés en réseau est un leurre, puisqu'il existe des modèles hiérarchiques. Le terme de réseau n'est pas synonyme d'une répartition égalitaire des responsabilités ou du droit à la parole des participants.
- Les situations floues donnent facilement lieu à des abus de pouvoir. Expliciter le cadre du réseau par la définition de son identité, de ses objectifs et de ses modalités de fonctionnement n'est pas un exercice administratif stérile. Par exemple, il est possible qu'un réseau satisfasse ses membres au niveau des échanges d'information et que des conflits surviennent lorsqu'il décide de conduire une action plus concrète. Il s'avère donc indispensable d'explicitier les rôles et les champs d'intervention de chacun si l'on veut obtenir une vision organisationnelle et opérationnelle claire.

D'autres risques du fonctionnement en réseau sont :

- L'existence du réseau pour lui-même, avec une perte de sens de l'objectif général.
- L'introduction d'une pensée grégaire et de l'isolement du réseau, alors qu'il s'agissait initialement de parer à la solitude de l'action.
- L'institutionnalisation ou le formalisme exagérés d'un réseau qui entravent la capacité de flexibilité et d'initiatives initialement souhaitée pour répondre à l'incertitude et suivre de près l'évolution des problèmes.
- Une entrée trop contraignante qui conduit à l'exclusion de membres potentiels et introduit un « cloisonnement horizontal », alors que l'objectif initial était de contrer des divisions d'ordre vertical.
- L'absence de communication entre les prestataires de services et les bénéficiaires peut persister au sein d'un réseau qui se décrit comme « centré » sur les bénéficiaires.

- La dépendance du dynamisme d'une seule personne pour l'existence et le fonctionnement du réseau peut menacer sa pérennité en cas d'absence ou de départ de celle-ci.

Le volontarisme et le libre choix mutuel des acteurs de réseau sont régulièrement avancés sinon comme conditions nécessaires, du moins très favorables à la création et au fonctionnement d'un réseau, sans pour autant en garantir sa pérennité.

En pratique, l'extension des réseaux remet en question les modes d'organisation et de charge de travail. L'activité de réseau devrait être reconnue en tant que telle, car il sera probablement nécessaire que les professionnels consacrent une partie de leur temps aux réseaux. Ces activités s'exerceront selon des modes et étendues variables, pouvant aller jusqu'à la fonction de coordinateur de réseaux. Lorsque cette dernière est menée par une personne détachée d'une institution de référence, cela permet d'éviter dans une certaine mesure les enjeux d'intérêts. Mais les risques énumérés ci-dessus restent réels.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

ALLEMAND S, 2001, Les réseaux : nouveau regard, nouveaux modèles, *Sciences Humaines*, 104, 22-23.

AMIEL-LEBIGRE F, GOGNALONS-NICOLET M, 1993, *Entre santé et maladie*, 101-124, Paris, PUF.

ANAES, 1999, Principes d'évaluation des réseaux de santé.

ARWIDSON P, 1994, Le réseau, réflexion critique, *Revue Prévenir*, 27, 169-172.

AUBERT J-P, 2001, Les réseaux à la croisée des chemins, *IMPACT MEDECIN-GUIDE INFECTION à VIH*, 183-186.

BAPTISTE R, 1998, *Le social est à partager ! Les réseaux de l'entreprise associative de service social*, TSA Editions, Paris.

BAKER W, 2001, Le capital relationnel, *Le magazine d'Aventis*, 2, 53-56.

BAUBEAU D, MARREL P, 1994, Schémas régionaux d'organisation sanitaire et réseaux de soins, *Revue Prévenir*, 27, 45-52.

BESSON C, 1994, Du mot aux pratiques, in *L'intervention de réseaux*, sous la direction de L SANICOLA, Coll. Travail social, Paris, Bayard, 187-196.

BESSON C, 1994, Eléments de conclusion, Risques et problèmes soulevés par l'intervention de réseaux, in *L'intervention de réseaux*, sous la direction de L SANICOLA, Coll. Travail social, Paris, Bayard, 267-274.

BOILEAU L, 1997, Bénéfices d'un réseau international en connaissance/surveillance, *Communication dans le cadre des rencontres du RÉFIPS*.

BORN M, LIONTI A-M, 1996, *Familles pauvres et intervention en réseau*, Collection Technologies de l'Action Sociale, L'Harmattan, Paris.

BOURGUEIL Y et al., 2001, *L'évaluation des réseaux de soins : Enjeux et recommandations*, CREDES et IMAGE (ENSP).

BRIXI O, 1997, Les réseaux de santé de proximité : une pratique adaptative ou une pratique de changement ?, *Revue Prévenir*, 32, 185-188.

BURNIER M-J, 2001, Editorial – Le travail en réseau : panacée ou danger pour la promotion de la santé ? *Le bulletin Partage*, 9, 1.

BURY JA, 2000, L'Education thérapeutique du patient : un pas incontournable dans l'évolution des systèmes de santé, *Bulletin d'Education du Patient*, 19, Hors série, 18-20.

DAIGNE M, GREMY F, 2001, Les réseaux de soins et de santé : symptômes et moyens de la démarche qualité et d'une re-fondation de l'éthique, Annexe 4 Débat sur la politique de santé publique en France, <http://www.sfsp-france.org/Politique-de-sante/Politique-Sante-Publique.htm>.

DONATI P, 1994, La prospective relationnelle dans l'intervention de réseaux : Fondements théoriques, in *L'intervention de réseaux*, sous la direction de L SANICOLA, Coll. Travail social, Paris, Bayard, 61-108.

FRATTINI M-O, BREMOND M, 1994, « Réseau », leviers de changement dans le système de soins français, *Revue Prévenir*, 27, 31-43.

GREMY F, 1997, Filières et réseaux : Vers l'organisation et la coordination du système de soins, *Gestions Hospitalières*, Juin-Juillet, 433-438.

GREMY F, 2001, Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Réseaux de santé, symptôme et moyen de la recherche de qualité, *Actualité et dossier en santé publique*, 35, 74-77.

HUARD P, MOATTI J-P, 1995, Introduction à la notion de réseau, *Gestions Hospitalières*, Décembre, 735-738.

*L'intervention de réseaux : une pratique nouvelle*, 1984, sous la direction de C BRODEUR et R ROUSSEAU, Montréal : Editions France-Amérique.

LARCHER P, 1997, Des réseaux dans tous leurs états à l'Etat dans tous ses réseaux, *Revue Prévenir*, 32, 177-184.

LARCHER P, 2000, L'évolution du concept de réseau à travers les textes officiels.

LARCHER P, PALOMENI P, 2001, *La santé en réseaux : Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*, Paris, Masson.

MEYER C, COUFFINHAL A, 1996, Partenariats, coordination, réseaux et filières dans le système de santé: le champ d'une décision politique ? Rapport pour le commissariat général du plan, Sanesco.

MICALLEF J, BEGAUD B, MARIOTTE O, BLIN O, 2000, Apports des réseaux en Santé Publique : conditions de mise en place et de fonctionnement en clinique et en recherche, *Thérapies*, 55, 541-545.

NAIDITCH M, OBERLIN P, 1995, Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital, *Gestions Hospitalières*, Décembre, 739-746.

NAIDITCH M, BOURGUEIL Y, GRIGNON M, *et al.*, 2000, Apports potentiel des réseaux dans l'évolution des systèmes de soins, *Perspective soignante*, 9, 1-12.

Nouvelles orientations de politique sanitaire (NOPS), 1998, Construire les réseaux de soins, Service de la santé publique, Etat de Vaud.

RIMAZ R, WALDMANN F, BÜLA C, 2000, Entre domicile et institutions : le colloque de réseau comme aide à la décision, *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 120, 893-896.

SANICOLA L, 1994, Modèles d'intervention dans le travail de réseaux, *in L'intervention de réseaux*, sous la direction de L SANICOLA, Coll. Travail social, Paris, Bayard, 39-59.

SOULIE A-M, 1994, Le travail en réseau : une solution en matière de santé ? *Revue Prévenir*, 27, 133-139.

TECHNIQUES HOSPITALIERES, 2000, Le concept de réseau de soins en oncologie et son expérimentation à l'Institut Curie, 644, 51-54.

THILL G, 2001, *Le dialogue des savoirs. Les réseaux associatifs, outils de croisements entre la science et la vie*, EDITIONS Charles Léopold Mayer.

VARROUD-VIAL M, COLICHE V, GRIMALDI A *et al.*, La prise en charge du diabète de type 2 et de ses complications : l'apport des réseaux, *Diabétologie et facteurs de risque*, 5-43, 291-297.

ZAMICHIEI M, 1997, Des réseaux coordonnés et localisés de santé, *Revue Prévenir*, 32, 203-206.

Annexe : Grille d'analyse des réseaux



	Les questions	Aspects à considérer dans le cadre d'une évaluation du réseau
4) Objectifs du réseau	<p>Décrire ce qui fonde l'objectif général du réseau.</p> <p>Quels sont les objectifs (général, intermédiaires, spécifiques) du réseau selon :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents du réseau et de chaque membre</li> <li>• Entretiens individuels avec les membres.</li> </ul> <p>Comment les objectifs ont-ils été choisis ?</p> <p>Les objectifs du réseau sont-ils revus régulièrement ? Quelle est la périodicité de cette révision ?</p> <p>Les différents membres du réseau ont-ils des objectifs communs entre eux? En commun avec le réseau ? Quand et comment la notion d'objectifs communs est-elle apparue ?</p> <p>Les membres se reconnaissent-ils dans les objectifs du réseau ? Se sentent-ils en conflit avec leur mandat initial dans le cadre de leur représentation au sein du réseau ?</p>	<p>Appréciation qualitative du réalisme de l'objectif et de sa pertinence en regard avec la situation que le réseau considère ou veut modifier.</p> <p>Comparer les objectifs des membres du réseau avec ceux du réseau. Appréciation du degré de vision commune entre les membres par rapport aux problématiques concernées.</p> <p>Appréciation du degré de recouvrement ou la présence de conflits entre les objectifs du réseau et ceux des membres.</p>

	Les questions	Aspects à considérer dans le cadre d'une évaluation du réseau
5) Structure du réseau	<p>Quelle est la raison d'être du réseau ? S'agit-il d'une population particulière (personnes atteintes de tel ou tel problème de santé) ou d'une thématique ?          Quelle est la structure juridique du réseau ?</p> <p>Qui sont les membres du réseau ?          Le réseau interagit-il avec d'autres partenaires ou réseaux à l'extérieur ?          Le réseau appartient-il à une organisation d'autres réseaux (« réseau de réseaux » ou association nationale de coordination des réseaux) ?          Quel est son territoire d'intervention ?</p> <p>Comment le réseau se présente-t-il (aux autres réseaux ou interlocuteurs, aux usagers) ?</p> <p>Les usagers ou patients sont-ils considérés dans le réseau ?          Si oui, sont-ils consommateurs de services ou membres du réseau ?          L'expression des désirs des usagers est-elle possible ?</p> <p>L'existence du réseau dépend-elle d'éléments structuraux, légaux ou des relations interpersonnelles, de la confiance entre les membres ?</p> <p>Quel temps les membres du réseau lui consacrent-ils ?</p> <p>Comment le réseau est-il financé ?          Quels sont les coûts engendrés par le réseau (par exemple : temps, personnes ; formation, outils créés) ?</p> <p>Existe-t-il des sous-réseaux dans le réseau ?</p>	<p>Description de la structure actuelle du réseau (composition, implantation, cadre juridique) et appréciation de la :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cohérence en regard des objectifs définis</li> <li>• pertinence par rapport aux besoins de la population ou de la thématique en question.</li> </ul> <p>Description de la structure endogène et exogène du réseau.</p> <p>Appréciation de l'existence et du contenu des modes de présentation (plaquette de présentation, papier à lettre par exemple).</p> <p>Etude du degré et des modalités d'implication des usagers dans le réseau.          Critère de différenciation pour être membre du réseau : rôle co-décisionnel des usagers.          Existence de rencontres patients et professionnels, nombre, type. Description du lien entre usagers et institutions.</p> <p>Estimation du degré de mobilisation des acteurs par rapport à leur temps de travail dans leur propre institution, ou fonction (exprimé en pour cent).          Description du mode de financement du réseau.</p>

	Les questions	Aspects à considérer dans le cadre d'une évaluation du réseau
6) Fonctionnement du réseau	<p>Comment les membres sont-ils intégrés au réseau ?</p> <p>Existe-t-il une charte, un contrat entre les membres ? Si oui, l'adhésion est-elle libre, contrainte ?</p> <p>Où ont lieu les réunions ? A quelle fréquence ? Quel est leur contenu ?</p> <p>Existe-t-il un organigramme du réseau ?</p> <p>Quels types de décisions se prennent au sein du réseau ? Comment se prennent-elles ? Par un petit groupe d'individus (organisation verticale) qui se charge ensuite de répartir les tâches ? Par l'ensemble des partenaires qui sont co-décisionnaires (formule horizontale) ?</p> <p>La mise en œuvre des décisions fait-elle l'objet d'attribution individuelle des activités ou des tâches ? D'un partage entre quelques ou l'ensemble des membres ? Les membres sont-ils responsabilisés dans l'attribution des tâches ?</p> <p>Quel est le degré d'indépendance des membres du réseau dans la prise de décision ? Dans leur mise en œuvre ? Cette indépendance est-elle associée à cohérence de l'ensemble du dispositif ?</p> <p>L'ensemble du processus décisionnel et de la mise en œuvre des activités fait-il l'objet d'une coordination ? Par qui ?</p>	<p>Description des modalités d'admission dans le réseau.</p> <p>Contenu de charte ou contrat.</p> <p>Contenu organigramme.</p> <p>Description et appréciation du mode de prise de décisions.</p> <p>Description des modalités de partage des tâches. Appréciation de la connaissance des spécificités des différents membres du réseau entre eux. Appréciation de la cohérence de la répartition des tâches par rapport aux spécificités des membres. Appréciation du partage des tâches entre professionnels et usagers.</p> <p>Description des modalités de coordination.</p>

	<p>Le groupe est-il mené par un leader ? Est-ce toujours la même personne ?          Quelles sont les conséquences pour le réseau en cas d'absence (définie dans le temps ou amenée à durer) du leader ?</p> <p>Existe-t-il un agenda propre au réseau ? Comment est-il défini, par qui est-il tenu ?</p> <p>Un procès verbal (PV) des rencontres est-il rédigé ? Par qui ? A qui est-il envoyé ?</p> <p>Quels échanges ont lieu au sein du réseau et avec des partenaires extérieurs (compétences, usagers, outils, matériels, documents) ?</p> <p>Quelles informations circulent au sein du réseau ?          Comment s'échangent-elles ?          Quelle est la vitesse d'échange ou d'accès à l'information ?</p> <p>Quelles compétences sont nécessaires aux membres du réseau pour fonctionner selon ce mode ?          Le réseau se donne-t-il les moyens de les acquérir ?          Quelles formations le réseau prévoit-il ? Organise-t-il ?</p> <p>Le réseau est-il évalué ? Si oui comment (évaluation externe, auto-évaluation) ?</p>	<p>Appréciation du degré de dépendance du leader, des possibilités d'autonomisation du réseau après un certain temps de fonctionnement.</p> <p>Description des modalités de définition de l'agenda et de son contenu.</p> <p>Appréciation du degré de diffusion du PV.</p> <p>Description des échanges au sein du réseau et avec l'extérieur.</p> <p>Description du mode de circulation des informations (échanges formels ou informels).          Indicateur d'efficacité du réseau.</p> <p>Analyse de formation (communes, formelles, informelles, pertinence des objectifs, etc.).</p> <p>Analyse des démarches d'auto-évaluation du réseau et de l'ajustement en cas de non réponse du réseau à l'attente exprimée.</p>
--	---	---

	Les questions	Aspects à considérer dans le cadre d'une évaluation du réseau
7) Productions du réseau	<p>Quelles sont les activités du réseau ?</p> <p>Le réseau a-t-il un projet commun ?</p> <p>Les membres du réseau proposent-ils des consultations interdisciplinaires ?</p> <p>Existe-t-il un vocabulaire commun, ou une démarche pour le définir ?</p> <p>Des protocoles de soins ou autres documents ont-ils été créés ? Les membres du réseau ont-ils défini communément une trajectoire idéale ?</p> <p>Le réseau s'est-il doté d'un système de recueil de données? Le système permet-il l'analyse?</p>	<p>Description des activités et de leur organisation.</p> <p>Appréciation qualitative de la cohérence des activités avec les objectifs</p> <p>Liste du vocabulaire.</p> <p>Appréciation de la qualité des protocoles : correspondent-ils aux problèmes de santé, respectent-ils les normes internationales ?</p> <p>Analyse qualitative du recueil des données.</p>

	Les questions	Aspects à considérer dans le cadre d'une évaluation du réseau
8) Plus-value du réseau	<p>La production indique les activités du réseau, tandis que la plus-value représente le gain supplémentaire lié à la réalisation de ces activités dans le cadre d'un fonctionnement en réseau. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissance du contexte d'intervention La définition des besoins des usagers s'est-elle modifiée ?</li> <li>• Degré d'atteinte des objectifs Les objectifs du réseau pourraient-ils être atteints sans l'organisation propre au réseau ? L'atteinte des objectifs de chaque membre du réseau est-elle influencée par le réseau ?</li> <li>• Fonctionnement du réseau Les membres du réseau sont-ils satisfaits ? Les attitudes et comportement des acteurs ont-ils changé ? Des règles du jeu nouvelles, ou sociales sont-elles apparues ? Ces transformations sont-elles durables ?</li> <li>• Productions du réseau Quelles activités du réseau sont-elles favorisées par l'organisation en réseau ?</li> <li>• Usagers Quel est l'impact de la prise en charge en réseau des usagers ? Les personnes prises en charge sont-elles satisfaites ?</li> <li>• Niveau systémique Le réseau participe-t-il à la diffusion d'une culture de travail collectif et de coopération susceptibles de participer à une restructuration plus globale du système de santé ?</li> </ul>	<p>Appréciation de l'apport spécifique de l'organisation en réseau pour différents aspects.</p> <p>Appréciation de réajustements de stratégie par rapport à nouvelle définition des besoins.</p>

Sources : BOURGUIEL, BREMOND, DEVELAY, mai 2001, *L'évaluation des réseaux de soins, Enjeux et recommandations*, CREDES et IMAGE.  
ANAES, 1999, Principes d'évaluation des réseaux de santé.  
Questions soulevées par les acteurs de réseaux dans le cadre des rencontres.

# PARTIE PRATIQUE

## 1 GROUPE SANTE MIGRANTS (RESUME)

Le Groupe Santé Migrants (GSM) qui existe depuis 1990 est une forme de rencontre d'une quinzaine de professionnels médicaux et sociaux investis dans les services aux requérants d'asile et migrants. Ses objectifs sont de développer la coopération entre les acteurs du réseau de santé, de préciser les positions des professionnels de santé et de les représenter au niveau cantonal et fédéral.

Une étude de fonctionnement a été proposée au GSM dans le cadre du projet « Les réseaux et les modalités de leurs mises en œuvre » de la Planification Sanitaire Qualitative, dans l'idée d'enrichir la dimension conceptuelle de ce travail avec le vécu des acteurs de réseaux. Réciproquement, il s'agissait pour le GSM de : (1) effectuer le bilan d'une dizaine d'années d'existence ; (2) bénéficier d'une vision externe de son fonctionnement pour estimer l'adéquation entre sa structure et ses objectifs actuels.

La description analytique du GSM n'avait pas pour but de porter un jugement, mais certains des éléments peuvent cependant être utilisés à des fins d'évaluation et en premier lieu d'auto-évaluation. De même, des recommandations qui seraient à formuler dans un contexte d'évaluation n'ont pas été considérées dans cette étude. Par contre, les propositions de membres ainsi que quelques caractéristiques principales du GSM ont été soulignées, afin qu'elles puissent servir de base à des échanges relatifs à ses objectifs et à son fonctionnement.

L'étude a été réalisée sur une période de 12 mois (septembre 2001 à août 2002). Elle était constituée de six phases : (1) présentation des finalités de l'étude et recueil des attentes des membres du groupe ; (2) préparation d'une grille d'entretien sur la base de la grille d'analyse des réseaux ; (3) rencontres individuelles des membres du groupe ; (4) analyse qualitative des données ; (5) typologie du réseau ; (6) présentation et discussion d'un rapport préliminaire.

La création du groupe a émané d'une motivation essentiellement ascendante, par volonté de coordination des soins destinés aux requérants d'asile.

Les productions du GSM varient selon les périodes, les échanges d'informations constituant sa réalisation dominante actuellement.

D'autres activités (formation par exemple) sont effectivement menées par les membres, mais sans être porteuses d'une identité pour le GSM.

Par ailleurs, des projets qui pourraient concerner directement le GSM sont menés indépendamment de celui-ci.

Différents groupes de travail abordent les questions de santé des migrants. Ainsi, le GSM traite des requérants d'asile et la Plate-forme de lutte contre l'exclusion traite des clandestins. Certains acteurs sont concernés par les deux lieux de rencontre, dans la mesure où en pratique ils s'adressent effectivement à l'ensemble des migrants.

Le GSM est essentiellement informel. Cette structure favorise un fonctionnement souple, nécessaire pour s'adapter aux mouvances du contexte de l'asile. De plus, elle laisse au groupe une zone de liberté considérable et sans doute utile jusqu'à présent. En revanche, si l'on considère l'objectif du groupe de représenter les positions des professionnels de la santé au niveau cantonal et fédéral, la structure informelle actuelle ne permet de l'atteindre que partiellement. Ainsi, la représentation repose sur la nomination de deux personnes du

Département de Médecine Communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève, également coordinatrices du GSM, et non le groupe directement.

Les usagers (requérants d'asile et migrants) sont « consommateurs de services », mais ils ne sont actuellement pas membres du GSM. Des suggestions ont été émises dans ce sens, elles contribueraient à renforcer la démarche d'« empowerment » pratiquée par quelques acteurs. Le GSM est donc un réseau de professionnels qui parfois approche la forme d'un réseau d'adressage pour les usagers.

La plus-value du GSM concerne les professionnels, grâce à l'émergence de nouvelles relations de travail probablement difficiles à susciter sans réseau, mais aussi et surtout les migrants. De manière non formelle, au travers des modifications convergentes des pratiques, le GSM contribue effectivement aux propositions d'une politique de santé à l'intention de la population migrante.

L'impact d'éléments sociaux, légaux et politiques sur la santé des requérants d'asile et par conséquent, la complexité des questions, sont clairement établis aux yeux des membres du GSM. Le besoin de rencontres et l'utilité du GSM sont manifestes, sa pérennité n'est donc pas remise en question. Une visibilité plus effective, par le renforcement de l'identité du groupe ou le développement d'autres activités dans le sens du renouveau de la santé publique par exemple, favoriseraient la reconnaissance des compétences et de l'expertise de ses membres.

## 2 GROUPE ALIMENTATION (RESUME)

Bruce Eshaya-Chauvin

En complément de l'étude sur les risque de cancers attribuables à l'alimentation dans le canton de Genève confiée au Centre International de Recherche contre le Cancer, l'axe cancers de la PSQ a souhaité faire un bilan des actions entreprises dans le canton pour la promotion d'une alimentation saine. Avec l'aide de la Direction générale de la santé, un groupe s'est constitué. Il correspondait au moins partiellement à l'ancienne Commission Alimentation du Conseil de la Santé (1993-1997).

Constitué à des fins d'échanges d'informations, le groupe a abordé les thèmes suivants :

- La Campagne Nationale pour encourager la consommation des fruits et des légumes (2001-2005),
- La promotion de la Fourchette Verte,
- La conception et la mise en œuvre d'un projet de formation pour les familles à petits budgets,
- Une réflexion sur la politique à mettre en œuvre pour prévenir et prendre en charge la surcharge pondérale chez les jeunes.

Une analyse du groupe alimentation a été effectuée en fonction des critères proposés par Catherine Ritter Raimundo Matias dans son travail théorique. Il en ressort que le contexte de la problématique se prête à l'approche par un réseau du fait de sa complexité élevée, du grand degré d'incertitude sur les actions efficaces, de la nécessité d'une approche intersectorielle et de l'actuel cloisonnement de trop d'acteurs.

La (re) constitution d'un groupe de travail, plutôt que d'un réseau en fait, est trop récente pour traiter de son évolution. Pour le moment, ses objectifs sont partiellement définis et centrés sur l'échange d'informations. C'est principalement un groupe de professionnels, avec peu de formalisation du fonctionnement, une totale indépendance des participants, et encore peu ou pas de productions (communes).

A l'avenir, la problématique pourrait s'étendre au domaine de la mobilité (complémentarité reconnue classique aujourd'hui par l'Organisation Mondiale de la Santé).

Il y aurait lieu de travailler sur la nature des objectifs et sur les ouvertures à de nouveaux partenaires car les actions à entreprendre sont intriquées et imposent une approche multidisciplinaire.

L'expérience d'un sous-groupe sur la prévention de l'obésité chez les jeunes prenant en charge la réflexion sur les actions à mener dans ce domaine est un exemple d'organisation permettant de concentrer l'expertise au sein d'un nombre limité de personnes.

Finalement qu'il s'agisse de la prévention des cancers ou des maladies cardio-vasculaires, le sujet reste fondamental dans le cadre d'une politique de santé pour la DGS. Il faudrait donc promouvoir des actions concertées « alimentation et mobilité » qui pourraient contribuer à la définition d'une politique de santé dans ce secteur. Pour ce faire, la constitution progressive d'un réseau serait un outil approprié.