

# **Les acteurs sanitaires face au défi de la coopération :**

*L'exemple de la construction d'un réseau de soins*

*Une recherche basée  
sur les représentations  
des acteurs  
du champ de la santé*

**Marc Baeuchle**

à Joëlle et Giulia

*« Mais, à l'heure actuelle, la logique démocratique semble ignorer son rôle de visionnaire : elle prescrit la coopération, mais sans réellement y participer. Elle délègue ses responsabilités aux professionnels de la santé, sans leur donner les moyens de les assumer. »*

## **Remerciements :**

Tous ceux qui ont réalisé un travail de recherche connaissent ces moments délicats d'interrogation interminable, de remise en question, de doutes quant au sujet, quant à la démarche et quant aux objectifs – bref, des moments de solitude singulière. Ils connaîtront également le profond bonheur que le chercheur ressent lorsqu'il peut enfin se libérer et écrire ces quelques mots de remerciements. Je les savoure à présent.

Cette étude se penche sur la coopération entre les acteurs sanitaires dans un environnement de contraintes et de pressions multiples – celui du domaine des soins, et de leur organisation. Mes remerciements vont dans ce sens tout particulièrement à mes interlocuteurs, sans lesquels évidemment ce travail n'aurait pu être réalisé. De m'avoir accordé un bon bout de leur temps précieux, de m'avoir accueilli même dans leur cadre de vie privée. D'avoir non seulement subi mes questions, mais surtout d'y avoir répondu avec toute la motivation et les compétences espérées.

Mes remerciements vont également au Professeur Pierre Huard, sans qui je serais sans doute parti dans une entreprise astronomique d'enquête sur l'ensemble des malaises que rencontre l'ensemble des systèmes sanitaires de la planète... De m'avoir indiqué le bon chemin, et de m'avoir freiné dans mon élan journalistique, bref- de m'avoir donné de précieux conseils.

Merci surtout, Joëlle et Giulia, d'avoir supporté mes états d'âmes pendant des longs mois, de m'avoir soutenu par votre présence, d'avoir rendu possible ce mémoire. Sans vous, je ne l'aurais toujours pas terminé...

\* \* \*

# Sommaire

## Avant Propos

### Première partie : Présentation de la recherche ..... 6

#### Chapitre I : Présentation de la problématique ..... 6

1. Description du contexte..... 6
  - 1.1 L'idée du réseau de soins ..... 6
  - 1.2 ..... Le contexte concret ..... 9
2. Les trois facteurs perturbateurs..... 11
3. Quelques réflexions préliminaires..... 13

#### Chapitre II : De la production cognitive collective à la stabilité du système sanitaire ..... 13

1. L'apport de l'analyse économique des conventions..... 14
  - 1.1 Les conditions à la mobilisation des ressources ..... 14
  - 1.2 Réflexions par rapport au champ de la santé ..... 18
2. Les conditions de stabilisation des systèmes sanitaires..... 20
  - 2.1 Les processus générateurs des règles du système ..... 22
  - 2.2 Les référents des acteurs ..... 25
3. Quelques propositions théoriques pour le fonctionnement du réseau de soins..... 27

#### Chapitre III : La démarche choisie ..... 28

#### Annexe 1 : Les questions posées aux interlocuteurs ..... 32

### Deuxième partie : Les résultats des entretiens ..... 34

#### Chapitre IV : Les représentations des acteurs ..... 34

1. Les champs des représentations convergentes ..... 34
2. Les champs des représentations divergentes ..... 35

#### Chapitre V : La logique de proximité et les leitmotivs des acteurs ..... 36

#### Chapitre VI : La complémentarité et l'incompatibilité des logiques ..... 38

### Troisième partie : L'interprétation des données ..... 41

#### Chapitre VII : L'interdépendance des systèmes macro et micro ..... 41

#### Chapitre VIII : Le réseau de soins, une utopie opérationnelle ? ..... 43

#### Chapitre IX : Postface ..... 45

## Bibliographie ..... 47

## Annexe 2 : Les synthèses des entretiens ..... 48

## **Avant Propos**

Comment parler des difficultés du système sanitaire sans faire l'inventaire des éléments qui en sont responsables ? Comment analyser le contexte de coopération des acteurs sanitaires sans trop s'attarder sur la notion d'acteur sanitaire, ou faudrait-il dire « agent » sanitaire ? Comment travailler avec le concept de réseau de soins sans s'arrêter sur la théorie de transaction des coûts, sur la notion d'entités autonomes, sur les changements révolutionnaires qui s'abattent sur l'ensemble des professionnels de la santé ? Comment faire abstraction de sa propre propension sociologique, poussant sans cesse à des réflexions épistémologiques sur les outils avec lesquels on travaille ?

Une des difficultés principales de tout travail de recherche est de circonscrire la problématique. Cela devient un exercice particulièrement exigeant dans le cadre d'un travail de mémoire. Arrivé à la fin de l'entreprise, tout chercheur se pose la même question : les efforts intellectuels ont-ils aboutis à un travail concluant et cohérent ?

La première question que le chercheur se pose doit être décisive : qu'est ce que l'on veut dire à travers son travail ? Ensuite, lors d'un long processus d'amincissement de la problématique, il doit arriver à une affirmation précise. Cela devient d'autant plus délicat que l'on s'aventure sur un terrain d'action aussi riche en phénomènes sociaux et humains que le champ de la santé. Si, de plus, il se trouve que le chercheur lui-même est impliqué dans l'objet d'investigation, la prudence méthodologique est de mise.

La conviction du chercheur d'arriver à faire abstraction de ses propres idées tout au long du travail ne doit pas pouvoir s'ébranler. S'il en est ainsi, le risque réside désormais dans une prise de position trop claire, peut-être partielle et ainsi indigne de son mandat de recherche. Le cas échéant, il ne s'agit toutefois pas obligatoirement d'un échec : l'espoir d'apporter une petite pièce au grand puzzle du système sanitaire de demain demeure.

Pour y parvenir, le chercheur doit respecter un impératif éthique fondamental : il se doit d'éviter la polémique. Ses propos ne peuvent être simplistes. Le respect de la position de tous les acteurs, doublé d'une curiosité académique, en sont de bons outils.

Si, enfin, le chercheur est prêt à relever ce pari fou, tous les facteurs sont réunis pour s'acquitter d'un travail de fin d'étude.

Le chercheur en question est titulaire d'une licence ès sciences sociales de l'Université de Lausanne/Suisse.

Ce travail de mémoire a été réalisé dans le cadre du diplôme-postgrade, en Economie et Administration de la Santé, Faculté des HEC de l'Université de Lausanne.

Pendant plusieurs années, il a travaillé dans le domaine médico-social et médico-éducatif en tant que soignant, éducateur et consultant en ressources humaines. Actuellement, il assume le rôle du chef de projet dans le processus de mise en place du réseau de soins en question.

Janvier 2000

## **Première partie : Présentation de la recherche**

Dans le but de retracer le parcours d'idées ayant guidé l'auteur tout au long de la recherche, cette première partie, la présentation de la recherche, se décline en trois chapitres distincts. Partant d'un certain nombre de constats, découlant d'observations professionnelles non méthodologiques, il s'agit dans un premier temps de formaliser ces observations. De façon succincte, le lecteur sera introduit dans l'univers des réseaux de soins et des problèmes qui s'y associent dans la pratique professionnelle. A la fin de ce chapitre, il devrait être en mesure de saisir les idées clés de ce concept, et les difficultés majeures que son application dans un contexte concret peut soulever. Enfin, ce chapitre tente de mettre en évidence le *raisonnement préalable* à la démarche empirique qui, plus tard, guidera a fortiori la démarche méthodologique.

Le deuxième chapitre soumettra ensuite ces idées à une réflexion scientifique. Les intuitions de l'auteur seront mises à l'épreuve face à une démarche de rigueur, poursuivant un double objectif : d'abord, il s'agit d'approfondir l'analyse des difficultés afin de pouvoir mettre en évidence les obstacles précis dans le processus de construction du réseau. Nous cherchons par conséquent à faire référence au cadre théorique le plus pertinent possible. Dès lors, nous serons en mesure d'orienter la recherche empirique dans une direction qui nous permettra d'obtenir des informations adéquates.

Le troisième chapitre tentera de transformer les réflexions menées jusqu'alors en une méthode empirique adaptée. L'objectif sera donc d'établir le lien entre la réflexion théorique et la recherche sur le terrain, en tenant compte des attentes que l'auteur y projette.

### **Chapitre I : Présentation de la problématique**

Dans un premier temps, l'intérêt est porté sur des considérations préliminaires, permettant de concevoir le contexte conceptuel et socio-économique des phénomènes observés. Ensuite, ces derniers seront formalisés à partir des constats concrets que l'auteur a pu établir moyennant sa fonction de chef de projet au sein du processus. Ces constats n'ont pas fait l'objet d'une démarche méthodologique proprement dite, mais représentent des propos fréquemment mis en avant par les acteurs impliqués dans la construction du réseau. Il existe par conséquent un consensus intuitif des acteurs par rapport au caractère des difficultés rencontrées, ce qui légitime par ailleurs leur mise en évidence préalable. Dans cette perspective, ces constats nous fournissent des premiers repères pour l'analyse approfondie. Nous les considérons alors comme la porte d'entrée à l'analyse critique des conditions de mise en place du réseau de soins.

Ces constats nous amèneront vers l'objectif global de la recherche, tel qu'il a été défini *avant* que le travail de recherche proprement dit ait été effectué. De cette façon, il s'agit donc de reproduire chronologiquement les différentes étapes de réflexion, en sorte que le lecteur puisse évaluer si ou non cet objectif aura été atteint en fin de recherche.

#### **1. Description du contexte**

Dans le cadre de ce travail, il n'est pas possible de présenter une introduction, digne de ce nom, à la problématique contextuelle de l'action sanitaire contemporaine et des problèmes que rencontrent les systèmes sanitaires des pays

industrialisés. De l'autre côté, il est indispensable de faire référence aux enjeux socio-économiques et aux tensions qui règnent depuis quelques temps au sein des systèmes. L'introduction sera donc orientée vers notre problématique spécifique, et loin d'être exhaustive.

De fait, les théoriciens avancent unanimement que tous les systèmes sanitaires de presque tous les pays industrialisés sont en situation de crise, de plus ou moins grande ampleur selon les contextes nationaux. Le point de vue largement partagé se résume ainsi: « Notre système sanitaire [suisse] est régi d'un côté par le monopole du savoir des producteurs de soins et, de l'autre, par des mécanismes de financement et d'organisation pervers. Ceux-ci poussent au gaspillage des ressources. Ils entraînent une consommation et une production incontrôlées et non évaluées d'actes, de prestations et de services »<sup>1</sup>.

Par ailleurs, il est important de concevoir cette situation d'instabilité apparente des systèmes sanitaires, en rapport avec la crise générale des Etats-providence : « Au cours de ces quinze dernières années, le thème de la crise des Etats-providence s'est hissé au premier plan des débats politiques et a constitué le cœur des interrogations théoriques (...). Les dépenses publiques occasionnées par l'Etat ont crû dans des proportions considérables (...). Pourtant, l'Etat providence semble moins efficace que par le passé »<sup>2</sup>.

L'analogie entre les deux constats est évidente : c'est la hausse des dépenses, et la baisse du degré d'efficacité des systèmes que les analystes dénoncent. Dès lors, l'on peut supposer que les mêmes mécanismes perturbateurs y sont à l'œuvre. Autrement dit, la crise de notre système sanitaire local<sup>3</sup> s'inscrit dans un contexte beaucoup plus large : presque tous les systèmes sanitaires du monde industrialisés font l'objet d'une remise en cause, qui elle ne peut être dissociée des dysfonctionnements que l'on diagnostique à une échelle internationale pour les Etats-providence contemporains.

## 1.1 L'idée du réseau de soins

Dans ce contexte critique, de multiples tentatives de réformes des systèmes sanitaires ont été engagées dans beaucoup de pays. Leur but consiste en une réorganisation des systèmes afin d'augmenter avant tout *l'efficacité productive* de ces derniers<sup>4</sup>. Cette réorganisation du système s'effectuant presque toujours par le biais de modifications législatives, elle vise généralement plusieurs dimensions<sup>5</sup> : l'organisation de la production des soins, les dispositions concernant la consommation de cette dernière, et la répartition des charges parmi les payeurs du système.

### Le réseau de soins : le concept et les espoirs

« Un réseau de soins est un regroupement volontaire d'établissements sanitaires et d'autres fournisseurs de prestations. Ses membres poursuivent des objectifs

---

<sup>1</sup> Descriptif au verso de l'ouvrage de DOMENIGHETTI G. : *Marché de la santé : Ignorance ou adéquation ?*, Lausanne, réalités sociales 1994.

<sup>2</sup> MERRIEN F.-X. : *L'Etat-providence*, collection Que sais-je ?, Paris, PUF, 1997, p.3. Il s'agit d'un ouvrage résumant fort bien l'évolution et l'état actuel des Etats-providences, dans une perspective à la fois socio-historique et comparative.

<sup>3</sup> Le système sanitaire suisse, et plus particulièrement le système sanitaire vaudois.

<sup>4</sup> *L'efficacité productive* d'un système social donné se distingue de son *efficacité allocative* ou *redistributive* dans la mesure où cette dernière constitue un indicateur politique pour évaluer l'impact des dispositions légales d'un Etat-providence donné. Quant à l'efficacité productive, il s'agit d'un indicateur essentiellement économique qui met en évidence le rapport ressources-résultats d'un système ou d'une organisation donnée.

<sup>5</sup> La référence est essentiellement faite au système sanitaire suisse.

partagés en matière de gestion des ressources et de prise en charge. Le réseau de soins a la personnalité juridique »<sup>6</sup>. De ce fait, il se définit comme un dispositif de coopération entre des unités de production autonomes, et vise explicitement la *réorganisation de la production des soins*. Cela suppose deux considérations préalables : premièrement, la coopération des prestataires de soins jusqu'alors est insuffisante et nécessite donc un renforcement. Deuxièmement, le concept du réseau est en mesure d'améliorer cette situation insatisfaisante.

Idéalement, le réseau de soins intègre l'ensemble des acteurs sanitaires d'une région donnée, soit les hôpitaux de soins aigus, les cliniques privées, les hôpitaux psychiatriques, d'autres établissements hospitaliers<sup>7</sup>, les établissements médico-sociaux (EMS), des institutions de soins à domicile et des médecins libres praticiens.

L'avantage principal que l'on escompte de ce dispositif nouveau, est sa capacité de répondre aux besoins réels du patient, à travers un agencement réflexif des unités de production. Il se caractérise donc d'un côté par sa *flexibilité* qui se traduit par une prise en charge de « la bonne personne, au bon endroit, au bon moment »<sup>8</sup>. De l'autre côté, le concept du réseau de soins mise sur la *stabilité* du dispositif, qui repose sur des relations durables permettant d'assurer un rapport de confiance entre les partenaires.

En général, les attentes que génère le concept du réseau de soins sont<sup>9</sup>

- l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, à travers une meilleure orientation et un meilleur suivi de ces derniers ;
- une plus grande cohérence entre les institutions et les interventions des différents professionnels de la santé ;
- dans le contexte vaudois : d'atteindre les objectifs en matière d'économie et de planification de la santé ;
- et la régionalisation de l'organisation sanitaire ;

### **Les notions de coordination et de coopération ;**

Pour parvenir à réaliser les objectifs attendus, la notion de *coopération entre les partenaires* du réseau doit être considérée comme le leitmotiv du concept. L'adhésion au réseau signifie de cette façon, pour les partenaires, d'abandonner l'ancien mode de fonctionnement autonome des prestataires de soins. L'idéologie du « chacun pour soi en fonction de ses compétences » est remplacée par la mise en valeur de l'esprit de collaboration, c'est-à-dire par la mise en commun des compétences de chacun en faveur du bénéficiaire. Partant de cette perspective, la pluridisciplinarité de la prise en charge devrait se transformer en une nouvelle compétence collective, tandis que la notion de « culture du réseau » s'est hissé au rang de repère collectif premier.

D'un point de vue organisationnel, cela se traduit par la volonté de *coordonner* les actions individuelles, qui se transforment par conséquent en une action collective globale autour de la trajectoire du patient à l'intérieur du réseau. Plus précisément, les partenaires visent la *coordination des ressources* telles que les personnes, les informations et le matériel, qui circulent dans le réseau. La nouvelle compétence collective se mesure alors au travers de *la capacité de mobiliser ces ressources de*

---

<sup>6</sup> Selon l'article 2a de la loi sur la planification et le financement des établissements d'intérêt public (LPFES) du Canton de Vaud/Suisse.

<sup>7</sup> Des Centres de Traitement et de Réadaptation (CTR) dans le Canton de Vaud par exemple.

<sup>8</sup> Le slogan d' « INTERFACE », un programme de coopération des prestataires de soins de la région d'Yverdon/Suisse.

<sup>9</sup> Ces objectifs sont extraits des documents directeurs de l'Etat de Vaud (Cf. « Priorités et objectifs » et « Cahier des charges »).

*manière coordonnée.* De ce fait, elle représente l'indicateur opérationnel premier pour évaluer le fonctionnement et la réussite d'un réseau de soins.

## **1.2 Le contexte concret**

### **Les données géographiques et démographiques et l'infrastructure sanitaire**

Cette recherche est menée dans une région rurale<sup>10</sup> au sud-ouest de la Suisse. La population y est essentiellement francophone, la situation économique se stabilise actuellement (en fin 1999) après plusieurs années de stagnation du PIB. La région se caractérise par une forte présence du secteur agricole dans les régions de plaine, ainsi qu'une industrie horlogère traditionnellement importante dans les régions de montagne. Géographiquement, la zone couverte par le réseau de soins est étendue et hétérogène dans son accessibilité : tandis que les régions de plaine bénéficient d'une infrastructure routière excellente, les régions de montagne sont difficiles d'accès, notamment en hiver. La population totale s'élève à environ 44 000 personnes, correspondant à une densité démographique relativement faible. Elle se caractérise par un taux élevé de personnes âgées, bien que la répartition interne de la structure d'âge de la population varie considérablement entre les différents districts.

Comme partout ailleurs en Suisse, l'infrastructure sanitaire bénéficie de ressources humaines et matérielles de très bonne qualité. Cependant, les régions de montagne sont nettement désavantagées en ce qui concerne la densité des médecins, et des structures hospitalières et médico-sociales.

L'offre sanitaire de la région se décline de manière suivante : 2 hôpitaux de soins aigus, un centre de traitement et de réadaptation (CTR), 7 établissements médico-sociaux (EMS)<sup>11</sup>, 3 centres médico-sociaux (CMS)<sup>12</sup>, un secteur ambulatoire de psychiatrie et environ une quarantaine de médecins libres praticiens. Toutes les institutions sanitaires mentionnées sont reconnues d'intérêt public, et poursuivent par conséquent un but non lucratif. L'infrastructure sanitaire de la région offre la gamme complète de prestations de soins à la population.

### **Le cadre politique**

L'appel à la constitution en réseau a été lancé dans le cadre du rapport NOPS<sup>13</sup>, qui est adopté par le parlement cantonal le 28 octobre 1997. Il s'agit d'un document complexe qui vise la réorganisation du paysage sanitaire moyennant les axes thématiques suivants : des programmes d'économie et de restructuration dans les milieux hospitaliers et médico-sociaux, l'extension de certaines prises en charge alternatives, la constitution des réseaux de soins, et le renforcement de la chaîne des urgences au niveau cantonal. La politique sanitaire menée dans ce cadre met en avant des objectifs de planification et d'économie, ainsi que l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires. Le rapport NOPS se veut réformateur, et s'insère dans les aspirations internationales d'augmenter l'efficacité productive du système, déjà mentionnée ci-dessus.

<sup>10</sup> Région « rurale » dans le sens où il n'y existe pas de centre démographique important.

<sup>11</sup> Ce qui correspond à environ 500 lits en milieu institutionnel (env. 130 lits de soins aigus (lits A), env. 45 lits de réadaptation (lits B) et 350 lits de long séjour (lits C)).

<sup>12</sup> Les CMS fournissent la gamme complète des soins à domicile (soins infirmiers et de l'aide au ménage).

<sup>13</sup> Les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire du Canton de Vaud/Suisse, cf. rapport NOPS, Etat de Vaud, 1997. L'originalité de ce document tient au fait que ces concepteurs tentent de proposer aux professionnels de la santé une vision du système sanitaire à moyen, voire à long terme. Toutefois, le volume et la complexité du rapport rendent l'accès à un large public difficile. Il serait sans doute intéressant d'effectuer une étude sur sa diffusion auprès des professionnels de la santé, et auprès de toute la population concernée.

Les pouvoirs publics prévoient, après une phase de transition de quatre ans, l'évaluation des résultats obtenus par la constitution des réseaux de soins.

Dans ce contexte, quelques remarques s'imposent :

- Globalement, le rapport NOPS doit être qualifié de précurseur en matière de politique sanitaire. Il n'existe par conséquent pas de modèle précis de référence. Par rapport aux réseaux de soins, certains prestataires de soins impliqués se sont déjà rapprochés avant l'entrée en vigueur des NOPS, dans un but d'améliorer la coopération, souvent sur un plan bilatéral. Ces acteurs font par conséquent preuve d'expérience en matière de collaboration et de coopération sur un plan formel et informel.
- En outre, l'hétérogénéité des prestataires de soins par rapport aux modes de fonctionnement et d'organisation soulève des difficultés d'équité organisationnelle : la taille des institutions (cabinet médical vs hôpital), leurs capacités financières, leurs modes de financement, le contexte historique des institutions etc. La coordination entre de telles entités doit bien sûr tenir compte de ces diversités.
- Enfin, dans un contexte socialement et politiquement délicat comme celui de la santé, certaines mesures politiques prises dans le cadre des NOPS engendrent des polémiques de plus ou moins grande ampleur parmi les professionnels de la santé, mais aussi dans la population. Il s'y ajoute parfois d'après controverses en matière de politique sanitaire fédérale et leur vulgarisation par de nombreux médias<sup>14</sup>. Il est certain que ces facteurs se répercutent sur les représentations et sur les comportements des acteurs.

### **Le processus**

Dès la fin 1996, les partenaires de cette région se sont formellement engagés dans la constitution du réseau de soins. Dans un premier temps, les efforts se limitaient à la mise en place d'une « Assemblée des délégués du réseau » qui siège environ deux fois par an. Dès 1998, des groupes de travail thématiques se sont formés, et se sont lancés dans une approche conceptuelle des problèmes que soulève la coopération demandée. Toutefois, ce n'est qu'en début 1999 que les partenaires mettent en place une cellule opérationnelle permettant d'accélérer le processus : la création d'un comité de pilotage, auquel l'ensemble des partenaires délègue la responsabilité des travaux préparatoires. Cette nouvelle structure s'établit vite en tant que véritable moteur du projet, représentative des institutions-membres et légitimées démocratiquement. Cependant, les membres mettant gratuitement à disposition leurs heures de travail, l'engagement d'une personne professionnellement responsable du projet s'avère rapidement nécessaire. Le processus semble dès lors atteindre sa vitesse de croisière : des réunions hebdomadaires du comité dont le fonctionnement s'améliore continuellement, des nouveaux modes de communication informatisés, le soutien administratif et une méthodologie plus rigoureuse amènent très rapidement les partenaires vers la création formelle du réseau de soins<sup>15</sup>.

Les modalités organisationnelles et la stratégie collective ainsi formalisées<sup>16</sup>, le réseau entrera par la suite dans une période de négociation avec les autorités publiques. L'obtention de la reconnaissance d'intérêt public dans les meilleures

<sup>14</sup> L'impact de la fermeture d'un hôpital ou la polémique autour des primes d'assurance maladie en sont des exemples.

<sup>15</sup> Le 30 novembre 1999, l'assemblée constitutive de l'Association du Réseau de Soins (...) a lieu. La charte et les statuts du réseau sont acceptés à l'unanimité des sociétaires.

<sup>16</sup> Les structures de direction, les organigrammes fonctionnels et hiérarchiques, ainsi que le plan stratégique du réseau sont actuellement en élaboration..

conditions constitue par conséquent la prochaine étape importante de la mise en place du réseau.

### **Les événements clés**

Jusqu'alors, le processus de construction du réseau a connu trois événements clés :

- Il s'agit premièrement de l'incitation politique<sup>17</sup> initiale, renforcée par un document directeur complexe et accompagnée de rencontres trimestrielles entre les acteurs étatiques et les professionnels de la santé locaux<sup>18</sup>. C'est l'événement fondateur du processus.
- Deuxièmement, la mise en place du comité de pilotage et le phénomène de la « professionnalisation locale<sup>19</sup> » du processus qui en résulte, ont créé une nouvelle dynamique régionale.
- Enfin, la formalisation des rapports fonctionnels et hiérarchiques, ainsi que l'élaboration du plan stratégique, qui relèvent de la création formelle de l'association.

Aujourd'hui, la mise en place du réseau est en train d'adopter les caractéristiques d'une action collective. Désormais, les acteurs bénéficient de repères communs par rapport aux modalités organisationnelles de l'action et par rapport aux objectifs à court et à moyen terme. Cependant, l'équilibre est fragile car un certain nombre de facteurs perturbateurs persiste.

## **2. Les obstacles : les trois facteurs de perturbation**

L'analyse intuitive des multiples interactions des acteurs<sup>20</sup> par l'auteur indique la présence de phénomènes qui occasionnent plus ou moins fréquemment des tensions ouvertes ou sous-jacentes, des malentendus ou des a priori peu constructifs. Ces conflits représentent des facteurs de perturbation, dans la mesure où ils freinent la dynamique du processus, et de ce fait influent sur l'évolution du projet de manière négative. Ces phénomènes peuvent être décrits comme suit :

### **La méconnaissance de l'autre**

Les producteurs de soins impliqués dans la construction du réseau ont fonctionné, pour la plupart, jusqu'à la fin des années 80 de manière complètement autonome. Depuis, certains regroupements d'établissements au sein d'une même mission, voire de missions différentes ont eu lieu. Bien qu'affaiblie, l'idée de la concurrence entre différents fournisseurs de soins d'une région donnée semble persister : les moyens de prise en charge et les prestations de l'autre sont non seulement mal connus, mais font parfois l'objet de polémiques. Il en résulte de la méfiance réciproque par rapport à l'intention de l'autre, susceptible de produire des comportements stratégiques.

---

<sup>17</sup> Qui, elle, est doublée par une incitation économique moyennant ledit financement incitatif des travaux préparatoires du réseau.

<sup>18</sup> Les « séances de coopération », organisées conjointement par les autorités publiques et les réseaux de soins, traitent lors de chaque séance d'un thème spécifique, qui a été désigné préalablement et de manière collective.

<sup>19</sup> L'engagement du responsable du projet, la mise à disposition de locaux et de moyens de communication propres au projet, le fonctionnement selon des méthodes précises de gestion de projets etc.

<sup>20</sup> Sous forme de séances, colloques, rencontres formelles et informelles, assemblées etc.

## **L'hétérogénéité des approches**

La logique de la coordination des actions au sein du réseau oblige les acteurs à chercher des solutions communes aux problèmes posés. Or, cela suppose deux prémisses : premièrement, les problèmes doivent être identifiés de manière univoque. Deuxièmement, les pistes de réflexion doivent être explicites et partagées lors des interactions spécifiques à la résolution du problème. Dans ces conditions, l'approche dite pluridisciplinaire développe toute sa force analytique et propositionnelle. Dans la réalité, le fossé disciplinaire traditionnel, particulièrement développé dans le domaine de la santé<sup>21</sup>, ne permet pas toujours aux acteurs de créer ces conditions impératives à la démarche pluridisciplinaire décrite. Ainsi, aux priorités différentes s'associent des langages différents, et l'intercompréhension nécessaire à la résolution collective du problème devient impossible. Il peut en résulter le recours à d'autres moyens de décision, à savoir les rapports de force traditionnels.

### **Le manque de clarté dans la finalité du processus**

Si les objectifs à court et à moyen terme sont explicites et clairs, l'incertitude par rapport à l'évolution à long terme du réseau de soins reste entière. Ainsi, les acteurs ignorent l'avenir de leurs institutions et du réseau, pourtant en pleine phase de construction. Curieusement, ce thème semble être totalement occulté dans la mesure où le moyen terme est considéré comme la fin du processus. Dans notre contexte, les acteurs doivent faire face à une double incertitude :

- ⇒ Premièrement, le bassin de population du réseau étant relativement faible, la logique implicite au document directeur (NOPS) du processus incite à présumer à terme la fusion avec le réseau voisin, ou son intégration dans ce dernier.
- ⇒ Deuxièmement, l'évolution démographique et économique de notre société semble inquiéter les acteurs en vue de la diminution générale des moyens financiers que l'Etat met à disposition des prestataires de soins. De cette manière, les actions politiques en matière de planification et d'économie sont perçues comme étant contradictoires et incohérentes. La fermeture d'un certain nombre d'établissements dans la région et ailleurs renforce par conséquent l'incertitude sur la finalité du processus. Il en résulte du scepticisme à l'égard des directives et des intentions des pouvoirs publics et de la réticence des acteurs face aux engagements demandés.

En somme, nous avons à faire d'une part à des phénomènes liés aux interactions proprement dites entre les producteurs de soins impliqués dans le processus de constitution du réseau. D'autre part, l'incertitude sur la finalité de l'entreprise et sur l'évolution globale du système sont des phénomènes qui semblent provenir d'une dimension extérieure à l'action collective. L'ensemble des obstacles identifiés ont toutefois tendance à se répercuter sur la motivation des acteurs et à perturber le fonctionnement souhaité de l'action collective. Néanmoins, la dynamique actuelle du processus s'avère capable de diminuer la méconnaissance réciproque des partenaires, et d'atténuer les obstacles liés à l'hétérogénéité des approches. Par contre, elle ne semble pas être en mesure d'agir sur la double incertitude auxquelles les acteurs doivent faire face.

---

<sup>21</sup> Le thème des différentes logiques d'action sera développé ci-dessous.

### **3. Quelques réflexions préliminaires**

Dans un tel contexte, l'intérêt du chercheur peut porter sur plusieurs dimensions. Ainsi, l'approche économique des phénomènes serait tentée d'analyser, par exemple, les possibilités d'agir sur les comportements des acteurs à travers des incitatifs économiques. L'approche psychologique quant à elle serait peut-être amenée à examiner les mesures théoriques et pratiques qui découlent du concept de la dynamique de groupes. Enfin, l'approche sociologique peut proposer un nombre considérable d'outils et de concepts<sup>22</sup>, permettant de mieux cerner les mécanismes à l'œuvre et, par là, d'esquisser des actions possibles. Or, à ce stade des réflexions, il semble important de faire abstraction des barrières traditionnelles qui caractérisent et délimitent les différentes disciplines scientifiques. De ce fait, il s'impose à présent d'explicitier nos interrogations les plus fondamentales, indépendamment de tout cadre conceptuel.

#### **Les interrogations du chercheur**

*Il importe de savoir*

- quelle est la logique selon laquelle les acteurs agissent?
- comment peut-on organiser leurs comportements, pour que les obstacles identifiés puissent être atténués?

*Les hypothèses sous-jacentes à ces questions peuvent être formulées ainsi :*

- Premièrement, pour augmenter l'efficacité de la coordination entre les prestataires de soins, le contexte de coopération doit être optimisé.
- Deuxièmement, pour optimiser le contexte de coopération, les comportements des acteurs doivent converger.
- Enfin, les comportements des acteurs convergent, si leurs représentations convergent.

#### **Les objectifs du travail**

De ces réflexions intuitives découle le double objectif du présent travail de recherche :

- Dans un premier temps, il s'agit de connaître les comportements convergents et divergents des acteurs.
- Sur cette base, il est ensuite possible de décrire les conditions contextuelles susceptibles d'atténuer les obstacles à la réussite de la mise en place du réseau de soins.

## **Chapitre II : De la production cognitive collective à la stabilité du système**

### ***Les deux volets de l'apport théorique***

Dès lors, il s'agit de trouver un appui théorique qui permette d'analyser les phénomènes qualifiés ci-dessus « d'obstacles » et d'esquisser les pistes théoriques susceptibles de rendre intelligibles les différents processus à l'œuvre. Par la suite, seront proposées deux approches distinctes qui, chacune, ont pour objet l'analyse de phénomènes organisationnels au sein d'un système donné. Toutefois, elles se

---

<sup>22</sup> Pensons aux auteurs comme M.Crozier (L'acteur et le système), J.Habermas (Théorie de l'agir communicationnel) ou Bourdieu (les concepts de l'habitus et des champs).

distinguent, entre autres, par la dimension des systèmes dont elles traitent. La première, *l'analyse économique des conventions*, s'intéresse aux modalités d'organisation à l'intérieur de l'entreprise. La seconde, *la théorie des logiques d'action*, propose un cadre d'analyse spécifique aux grands systèmes sociaux, et plus particulièrement aux systèmes sanitaires.

Le défi théorique de cette recherche est de confirmer l'hypothèse selon laquelle notre problématique permet de synthétiser les deux approches et, le cas échéant, de profiter ainsi de leur complémentarité.

## **1. L'apport de l'analyse économique des conventions**

De façon générale, cette approche fournit des outils permettant d'analyser des phénomènes organisationnels et institutionnels au delà des concepts issus de l'approche néoclassique<sup>23</sup>, tels que la Nouvelle Economie Institutionnelle les emploie<sup>24</sup>. A l'instar d'un auteur comme H.Simon, il est opportun de penser que ces derniers s'avèrent insuffisants à la compréhension des phénomènes observés dans le processus de construction du réseau de soins car « elles ignorent des mécanismes organisationnels-clefs comme l'autorité, l'identification à l'organisation et les règles de coordination »<sup>25</sup>. En revanche, les outils conceptuels que propose l'analyse économique des conventions semblent être particulièrement pertinents pour comprendre les obstacles à la coordination<sup>26</sup> au sein de l'entreprise.

Dans cette perspective, notre problématique renvoie à un ensemble d'interrogations. Lors d'un processus d'appel à la coordination, tel que la mise en réseau de différents prestataires de soins, comment peut-on rendre cohérent l'agencement des différentes ressources marchandes, organisationnelles, institutionnelles ou éthiques, malgré la diversité apparente des logiques qui les fonde ? Quelles sont les conditions favorables au processus d'apprentissage des acteurs ? Le premier volet théorique proposé ci-dessous tentera d'approfondir ces questions.

### **1.1 Les conditions à la mobilisation des ressources collectives**

Dans un premier temps, il importe de comprendre *comment se constitue la logique collective des actions individuelles*, et *quelles ressources cette dernière doit-elle mobiliser* pour se stabiliser, et pour par ailleurs stabiliser toute l'organisation. Cette interrogation nous amène vers le concept de coordination par point focal<sup>27</sup> dont les pistes de réflexions sont esquissées par la suite<sup>28</sup>.

Le *concept de coordination par point focal*, ou *coordination par convention*, est traité de manière exhaustive dans l'ouvrage dirigé par André Orléan, rassemblant un nombre considérable de chercheurs de différentes disciplines.

---

<sup>23</sup> Par exemple l'information asymétrique, les coûts de transaction, l'opportunisme etc.

<sup>24</sup> Cf. La « Théorie Standard Étendue ».

<sup>25</sup> Cf. SIMON H.A. : « Organizations and Markets », in *Journal of Economic Perspectives*, 5 (2), printemps, 1991, p.42

<sup>26</sup> L'Économie des conventions propose une approche économique élargie des phénomènes organisationnels dans toute forme d'institution. En intégrant des logiques sociales à l'aide du concept de conventions, l'objectif de ce courant est « de construire un cadre théorique commun, pluridisciplinaire, permettant d'aborder la question générale de la coordination collective des actions individuelles » (ORLEAN, 1994, p.15).

<sup>27</sup> Cette terminologie remonte à T.Schelling, théoricien des jeux (1960) qui, avec le philosophe D.K.Lewis, a jeté les bases à la théorie contemporaine des conventions. Aujourd'hui, la notion de coordination par convention renvoie à un champ d'investigation plus large, enrichi par de nombreux travaux interdisciplinaires.

<sup>28</sup> Nous proposons une synthèse des phénomènes traités dans l'ouvrage d'Orléan. Cet ouvrage pluridisciplinaire met en perspective la complémentarité des disciplines différentes (sciences sociales, philosophie, le droit et l'économie) face aux phénomènes complexes de l'action collective.

Le postulat de base, autour duquel est bâti tout l'édifice théorique de ce courant, avance que « l'accord entre les individus, même lorsqu'il se limite au contrat d'un échange marchand, n'est pas possible sans un cadre commun, sans une convention constitutive »<sup>29</sup>. Quelle est alors la nature de cet accord, et comment peut-il être obtenu ?

Les éléments d'analyse qui suivent, exposés de manière succincte, cherchent à y donner réponse. Ils aideront à mieux comprendre comment s'organisent les jeux des acteurs au sein d'un dispositif de coopération tel que le réseau de soins. Les espoirs relatifs se fondant explicitement sur les vertus de la coordination, il importe dès lors d'examiner les conditions nécessaires.

### **La notion de point focal**

Dans son livre, T. Schelling propose l'idée selon laquelle il existe un mécanisme qui rend cohérent les stratégies d'un ensemble d'acteurs, malgré l'indétermination formelle des problèmes de pure coordination <sup>30</sup>.

Dans la réalité, les situations concrètes offrent souvent aux acteurs des données contextuelles de tout ordre, que les acteurs utilisent consciemment ou inconsciemment. Schelling décrit ce phénomène comme un « magnétisme intrinsèque », qui amène les acteurs par voie d'évidence vers le même choix stratégique. En des termes plus abstraits, *le point focal* existe lorsque certaines propriétés qualitatives sont à la base de la saillance cognitive, telles que la prééminence, l'unicité, la simplicité ou la symétrie<sup>31</sup>.

Le phénomène du point focal, en tant que repère « phare » collectivement reconnu, permet aux acteurs dans le jeu des interactions d'échapper à leur logique spéculaire des anticipations<sup>32</sup> et donc de coordonner leurs choix.

Dans une telle perspective, la coordination collective n'est pas imaginable sans la présence d'un point focal. Il est donc étonnant que, « la notion de point focal soit tout à fait étrangère à la théorie économique standard »<sup>33</sup>. Or, selon la théorie des jeux non-coopératifs, la rationalité stratégique à laquelle se réfère cette dernière, s'avère insuffisante à la coordination des acteurs.

Dans toute forme d'organisations institutionnelles, l'existence du point focal constitue ainsi une *prémisse* à la réussite de la coordination des actions, et des conventions entre les acteurs.

### **Les notions de culture d'entreprise et de l'acteur collectif**

Autrement dit, le point focal fournit à l'organisation une identité au sens fort de ce terme. Dès lors, la *culture*<sup>34</sup> *d'entreprise* peut se développer. Grâce à sa capacité de

---

<sup>29</sup> Cf. ORLEAN A, « L'économie des conventions », dans une édition spéciale de la *Revue Economique*, 40 (2), mars, p.142. .

<sup>30</sup> Schelling définit les situations de « pure collaboration » et de « pure coordination » dans le cadre de la théorie des jeux non-coopératifs de manière schématique. Cette théorie démontre que ni la logique concurrentielle ni la rationalité stratégique sont en mesure de coordonner les choix de deux acteurs à intérêt totalement convergent (ORLEAN, 1994, p.17). Imaginons deux automobilistes ayant chacun deux choix possibles : soit rouler à droite (D), soit rouler à gauche (G). Si les deux automobilistes choisissent la même solution, ils obtiennent une utilité égale à 1. Si l'un se trouve à gauche, et l'autre à droite, l'utilité respective tombe à 0. Les intérêts des automobilistes sont donc totalement convergents.

<sup>31</sup> Cf. SCHELLING T : *The Strategy of Conflict*, Oxford University Press (édition 1977), 1960, p.70.

<sup>32</sup> ORLEANS A. : « Vers un modèle général de la coordination économique par les conventions », in ORLEANS, 1994, p.22.

<sup>33</sup> Cf. KREPS D.M. : « Corporate Culture and Economic Theory », in ALT J.E. et SHEPSON K.A (eds), *Perspectives on Positive Political Economics*, Cambridge(USA), Cambridge University Press, 1990, p.122

<sup>34</sup> Le terme de « culture » doit être entendu comme un ensemble de connaissances acquises.

faire émerger une communauté d'interprétation et d'action au sein de l'organisation, la culture d'entreprise s'avère comme un outil efficace pour rétablir l'équilibre après des aléas imprévus, ou en période de crise<sup>35</sup>.

La « culture d'entreprise » renforce le processus de construction des repères dans l'interaction. Dans le cadre de l'analyse économique des conventions, les auteurs admettent dès lors l'émergence de « l'acteur collectif ». Leur définition de la culture d'entreprise peut alors se résumer en tant qu'ensemble de repères centraux, collectivement construits et dotés de capacités coordinatrices.

### **La volonté de coordination : l'émergence d'une nouvelle dynamique**

La culture d'entreprise, quant à elle, produit un climat de coopération dans lequel chacun cherche à se coordonner avec les autres, et surtout, reconnaît chez les autres la même *volonté de coordination*. Il en résulte une dynamique forte d'interactions, dans la mesure où « les individus peuvent fréquemment coordonner leurs intentions ou leurs anticipations si chacun sait que les autres poursuivent le même but<sup>36</sup> ;

### **La notion de la rationalité procédurale**

A ce stade des réflexions, il est important de souligner que ce processus de coordination par point focal ne dépend non seulement de l'identité des individus qui participent, mais surtout de la manière dont les acteurs se représentent l'interaction en tant que telle. Partant de l'idée que l'identification du point focal par l'acteur est avant tout intuitive, elle se réfère principalement à la connaissance déjà commune du groupe, et ne dépend ainsi pas ou peu de l'approche individuelle des acteurs.

Cette *rationalité d'anticipation* des acteurs collectifs, qualifiée d'interactive et de procédurale<sup>37</sup>, se distingue considérablement de la rationalité telle que la théorie traditionnelle la conçoit.<sup>38</sup>

En d'autres termes, les acteurs utilisent une grille de lecture commune. La *rationalité procédurale* révèle toute son importance lorsque les acteurs, par exemple, doivent faire face aux aléas imprévus : la situation nouvelle est interprétée de manière univoque par l'acteur collectif, l'ambiguïté disparaît et un ordre social stable s'établit. La coordination est réussie.

### **La connaissance commune et la notion de convention**

Le processus d'objectivation des règles du jeu constitue un autre phénomène intéressant, que l'on observe dans un système d'interactions coordonné par point focal. Pour mieux saisir ce processus, les auteurs proposent le concept de la *connaissance commune* comme outil d'analyse.

De ce fait, ils partent de l'idée que plus le degré de connaissance mutuelle ou de savoir partagé est élevé, moins il y a de doute que l'autre va se conformer à la règle R. Lorsqu'on atteint le degré infini de connaissance mutuelle - on parle dès lors de

---

<sup>35</sup> Cf. KREPS, 1990, p.126.

<sup>36</sup> Cf. SCHELLING, 1960, p.57.

<sup>37</sup> J.-P. PONSSARD, in ORLEAN, 1994, pp.169-183, *Formalisation des connaissances, apprentissage organisationnel et rationalité interactive*. L'auteur démontre à travers des exemples précis l'importance de cette forme de rationalité dans les actions collectives en contexte.

<sup>38</sup> Une des hypothèses de l'économie néo-classique traditionnelle considère que l'agent économique est un individu rationnel poursuivant son intérêt personnel, autrement dit, poursuivant la maximisation de l'utilité de ses ressources. Or, une telle démarche n'est pas en mesure de tenir compte de la dynamique d'interaction que produit la coordination par point focal.

connaissance commune - l'application de la règle R est totalement déconnectée des aléas affectant l'interaction, et toute trace d'incertitude stratégique a disparu<sup>39</sup>.

L'organisation a atteint un état de totale transparence et de réflexivité absolue.

Certes, aucune organisation n'existe sur laquelle on saurait appliquer l'idéal-type de la connaissance commune. Néanmoins, « la coordination réussie nécessite la présence d'une convention proche de la définition lewisienne, à ceci près que la connaissance commune y est remplacée par une forme affaiblie de savoir collectif »<sup>40</sup> De cette façon, la *notion de convention* est définie comme une forme réaliste du concept de la connaissance commune, alimentant le processus d'objectivation des règles et, par voie de conséquence, facilitant la gestion de *l'incertitude stratégique*. En d'autres termes, les conventions « permettent d'engendrer, dans le cours de la situation, des attentes réciproques sur les compétences et les comportements des autres »<sup>41</sup>.

Il est bien évident que les conventions ne peuvent s'établir en l'absence d'une référence collectivement reconnue – le point focal- « permettant aux personnes impliquées dans une activité donnée de trouver une solution praticable à l'incertitude »<sup>42</sup>.

### **L'objectivité des objets**

Enfin, la dernière piste de réflexion présentée dans le cadre de la coordination par convention<sup>43</sup> nous amène à la mise en évidence du rôle essentiel joué par *les objets* qui circulent dans le système de coordination.

La confiance réciproque entre un ensemble d'acteurs « n'est pas uniquement fondée sur la réputation (des acteurs), mais sur l'engagement que représente l'outillage dans du matériel technique et l'établissement de normes d'organisation (...). Les objets rendent visibles les principes et comportent une force d'incitation »<sup>44</sup>.

Partant de l'idée que le degré *d'objectivité des objets* est variable, cette dernière est perçue comme une réalité construite par l'accord des acteurs. Elle peut se construire de façons différentes, formelle ou informelle : un référentiel (« label ») de qualité, par exemple, constitue dans cette perspective un cadre d'accord entre les acteurs, objectivant l'objet (la qualité).

Des auteurs comme Boltanski et Thévenot<sup>45</sup> soulignent le caractère dynamique de l'objectivité, qui selon eux se constitue socialement en tant que telle, témoignant du mode d'interaction qui en est à la base. Si l'on applique cette idée au contexte de l'organisation coordonnée, elle nous incite à supposer que le bien à échanger doit être construit de manière collective, pour que la coordination marchande et organisationnelle devienne efficace. En revanche, l'absence d'un accord explicite sur l'objectivité de l'objet s'avère destructif car « c'est cette objectivité qui permet d'arrêter les spéculations, et de faire converger la régression des justifications des justifications »<sup>46</sup>.

Il s'agit en quelque sorte de la mise en forme préalable des biens et des objets, indispensable à la coordination entre les acteurs, et fondatrice de l'accord marchand. Contrairement à la conception fort présente dans le champ économique,

---

<sup>39</sup> Définition de D.K.Lewis.

<sup>40</sup> ORLEANS, 1994, p.26

<sup>41</sup> SALAIS R. : « Incertitude et interactions de travail », in ORLEAN, 1994, p.377.

<sup>42</sup> Idem.

<sup>43</sup> La convention étant définie de cette façon, les auteurs proposent de faire l'analogie entre les termes de « coordination par point focal » et « coordination par convention ».

<sup>44</sup> EYMARD-DUVERNAY F. : Coordination des échanges par l'entreprise et qualité des biens , in ORLEAN, 1994, p.320 .

<sup>45</sup> BOLTANSKI L., THEVENOT L. , 1987.

<sup>46</sup> THEVENOT L., 1987, p.171.

selon laquelle l'échange marchand se réfère essentiellement à des caractéristiques naturelles ou intrinsèques des biens, le postulat du processus collectif et dynamique d'objectivation des objets démontre l'importance majeure des représentations des acteurs par rapport à un objet donné.

## **1.2 Réflexions par rapport au champ de la santé**

L'analyse économique des conventions démontre de manière cohérente l'importance du point focal dans la mise en place des conventions. De ce fait, elle insiste sur le rôle central du point focal, d'un côté dans le processus de mobilisation des ressources, de l'autre côté par rapport à la dynamique des interactions.

La mobilisation des ressources collectives, quant à elle, s'avère nécessaire à la stabilité du système coordonné et constitue de cette façon l'objectif principal de la coordination.

Comment, dans la réalité des acteurs sanitaires, peut-on imaginer ce « magnétisme intrinsèque » ?

Dans l'économie privée, l'on observe fréquemment l'existence de slogans publicitaires, s'adressant a priori à la clientèle : la chaîne d'alimentation, qui propose à cette dernière « Toute la fraîcheur de la nature », l'entreprise informatique qui conçoit des logiciels pour « vous faciliter la vie », ou le producteur d'automobiles qui ne produit que « des voitures qui font rêver ».

Ces slogans comportent une double fonction : ils fournissent une image d'identification à l'extérieur de l'entreprise, aux clients potentiels, mais aussi à l'intérieur vis-à-vis des collaborateurs.

La fraîcheur, la flexibilité ou l'extravagance des produits et des services : c'est par le biais d'une terminologie souvent saillante, à qui l'on associe bien sûr des propriétés qualitatives, que l'entreprise crée son identité. La terminologie oriente les attentes des clients et organise la logique collective à l'intérieur de l'entreprise. Elle met en avant la finalité des actions, qu'elle explicite et qu'elle « focalise ».

L'existence du point focal suppose une définition commune non seulement de la finalité du produit, mais aussi du produit même. Or, ces définitions ne sont pas figées, mais relèvent de la dynamique du processus collectif de leur construction. Ainsi, la définition de la « voiture de rêve » subit autant de transformations au cours du temps que les rêves collectifs se transforment eux-mêmes au sein d'une société donnée - tantôt c'est la voiture de sport, légère et performante, tantôt les Minivans, spacieux et pratique, et demain peut-être l'électromobile, économique et chic .

Les valeurs dominantes à un moment donné dans une société donnée déterminent non seulement les rêves, mais aussi l'objectivité de ces derniers. Dans la perspective du producteur d'automobiles, il importe dès lors d'observer et de décrire ces rêves, puis de diffuser ces informations très largement à l'intérieur de l'entreprise. Le produit sera ensuite modifié, et ses nouvelles caractéristiques explicitées de manière univoque.

Le point focal se situant a priori à l'extérieur de l'organisation, il se voit modelé et réinterprété à l'intérieur de l'entreprise. Il produit des nouveaux repères collectifs, renforce la culture de l'entreprise et rend la coordination efficace<sup>47</sup>.

Par ailleurs, un autre aspect qui renvoie aux propriétés qualitatives du point focal mérite d'être mis en évidence. Dans l'économie privée, le point focal est toujours connecté, de multiples façons, à la maximisation du rendement de l'entreprise <sup>48</sup>.

---

<sup>47</sup> Sous cet angle, il est intéressant de faire allusion au développement économique d'un certain nombre d'Etats notamment asiatiques, qui misent explicitement sur « le rattrapage » des grandes puissances économiques occidentales. Au delà d'autres facteurs historiques, culturels et sociaux, il est incontestable que la dynamique nationale qui par exemple a animé l'économie japonaise entre les années 60 et 90, était basée sur ce point focal.

Il est opportun de supposer que cette propriété du point focal s'avère très favorable à l'agencement et à la mobilisation des ressources collectives dans l'entreprise. La parcimonie au sein de la logique collective de l'entreprise ainsi ancrée, les comportements de gaspillage sont fortement stigmatisés, et par conséquent d'éventuelles mesures d'économie plus facilement acceptées.

Dans le domaine de la santé, les données sont sensiblement différentes. Les entreprises sanitaires, telles que le réseau de soins, se voient confrontées à plusieurs particularités.

Premièrement, le point focal se définit essentiellement à l'extérieur des institutions sanitaires. L'action collective dans nos systèmes sanitaires étant guidée par la politique sanitaire<sup>49</sup>, dans le sens où cette dernière établit le cadre législatif et organise les flux financiers du système, le « slogan » est par conséquent imposé à l'entreprise de santé par les pouvoirs publics. Cela devient particulièrement évident lors du processus de construction du réseau, où les pouvoirs publics établissent préalablement les conditions de reconnaissance d'intérêt public. La marge de manœuvre de l'acteur collectif ainsi considérablement réduite, l'extériorité du point focal représente un double risque : d'un côté, celui-ci est susceptible d'être incompatible avec les points de repères des acteurs à l'intérieur du système, de l'autre côté, il risque de ne pas être explicite, voire d'être complètement absent. Dans les deux cas de figure, l'action collective n'est pas en mesure de pallier ce dysfonctionnement. L'extériorité du point focal s'avère ainsi comme un grand handicap. L'organisation ne peut par conséquent mobiliser ses ressources de manière adéquate.

Deuxièmement, la finalité de l'action collective est également définie à l'extérieur de l'organisation. Indissociable du point focal, elle découle de la politique sanitaire par le biais des directives implicites et explicites. Ainsi limité, l'acteur collectif ne peut, en principe, diversifier ni le choix des prestations, ni les prestations elles-mêmes. Dès lors, l'organisation ne parvient pas à se distinguer de ses paires, au travers d'une certaine originalité qualitative ou quantitative des prestations par exemple. L'identité de l'organisation se construit en conséquence principalement hors de la portée des acteurs impliqués.

Troisièmement, il importe d'examiner les propriétés du bien autour duquel l'action collective s'organise, à savoir la santé. Ce bien se caractérise d'un côté par son entière subjectivité, ce qui se traduit à la fois dans la difficulté de déterminer son prix d'échange, et d'évaluer le produit final. De l'autre côté, l'action sanitaire collective n'a, contrairement à l'entreprise de l'économie privée, que très peu de possibilités d'agir sur le processus de construction sociale de son objet<sup>50</sup>. La mise en forme préalable des biens et des objets, telle que l'analyse économique la voit indispensable à la coordination entre les acteurs, ne peut s'exercer sur l'objet central. La seule marge de manœuvre dont dispose les acteurs relève des modalités

---

<sup>48</sup> Dans certains champs économiques, c'est la maximisation du rendement tout court, qui constitue le point focal de façon explicite : c'est le cas du domaine bancaire et de la bourse.

<sup>49</sup> Mise à part le système sanitaire américain, tous les systèmes sanitaires des pays les plus développés relèvent essentiellement de la compétence des pouvoirs publics. Ainsi, pour être prestataire de soins reconnu d'intérêt public, ces derniers doivent poursuivre un but non lucratif. Pour les médecins libres praticiens et les fournisseurs de soins indépendants (clinique privée, physiothérapeutes etc.), la situation est cependant différente : seul les assureurs sont en mesure d'évaluer le volume des prestations fournies. Le rendement économique de ces prestataires de soins peut donc devenir un critère premier dans la logique collective.

<sup>50</sup> Contrairement aux produits de marque, dont le producteur à travers des campagnes de publicité par exemple, peut agir sur les goûts des consommateurs.

et des moyens de *la prise en charge* de l'objet, c'est à dire de la santé<sup>51</sup>. Sa définition substantielle échappe par contre totalement à l'organisation.

Enfin, il s'y ajoute le fait historique que les prestataires sanitaires ne sont pas organisés en fonction de leur rendement économique. Certes, les prestataires de soins privés non reconnus d'intérêt public ont, depuis toujours, été soumis au régime du marché. Néanmoins, le champ de la santé n'a jamais admis ouvertement l'enrichissement de ses producteurs. Bien que visée implicitement par certaines organisations sanitaires, la maximisation du rendement économique ne peut par conséquent constituer un repère collectif à la coordination des interactions.

Pour résumer les obstacles à la mobilisation des ressources collectives dans le domaine de la santé, nous retenons deux phénomènes intrinsèques :

- Le point focal, le principe organisateur des repères collectifs et des représentations des acteurs impliqués, et la finalité de l'action collective se déterminent *essentiellement à l'extérieur du système coordonné*. Les acteurs impliqués n'ont par conséquent qu'une emprise fortement réduite sur l'identité de leur organisation.
- Le degré d'objectivité de l'objet central, la santé, est quasiment nul. La confiance réciproque entre les acteurs ne peut se construire sur la base d'une production cognitive collective de la santé. De ce fait, les acteurs sont obligés de coordonner leurs actions essentiellement à partir de *l'outillage technique auxiliaire*, c'est à dire à partir des modalités de prise en charge.

## **2. Les conditions de stabilisation des systèmes sanitaires**

L'analyse économique des conventions démontre les problèmes fonctionnels et opérationnels qui découlent du contexte dans lequel s'inscrit le réseau de soins. Notre intérêt porte en conséquence dès lors sur l'analyse du système sanitaire en tant que cadre économique, législatif et politique de toute action collective dans le domaine de la santé. Quels sont les mécanismes qui déterminent les règles du jeu du système sanitaire ? Et plus précisément, quelles sont les origines des particularités de ce système qui influent sur la coordination des actions sanitaires et les conventions entre les acteurs ? Quelles seraient les conditions systémiques favorables au fonctionnement du réseau de soins ?

Les réflexions menées jusqu'alors incitent à considérer le réseau de soins comme un *micro-système organisé d'action sanitaire collective* au sein duquel un nombre limité d'acteurs cherche à se coordonner. Dans cette même logique, il s'impose en revanche d'approcher le système sanitaire national ou régional<sup>52</sup> en tant que « macro-système ».

Par ailleurs, ces pistes de réflexion incitent à supposer une corrélation entre la stabilité du macro-système et les conditions favorables à la coordination du micro-système. Dans un premier temps, il s'agit par conséquent de définir ce macro-système plus précisément.

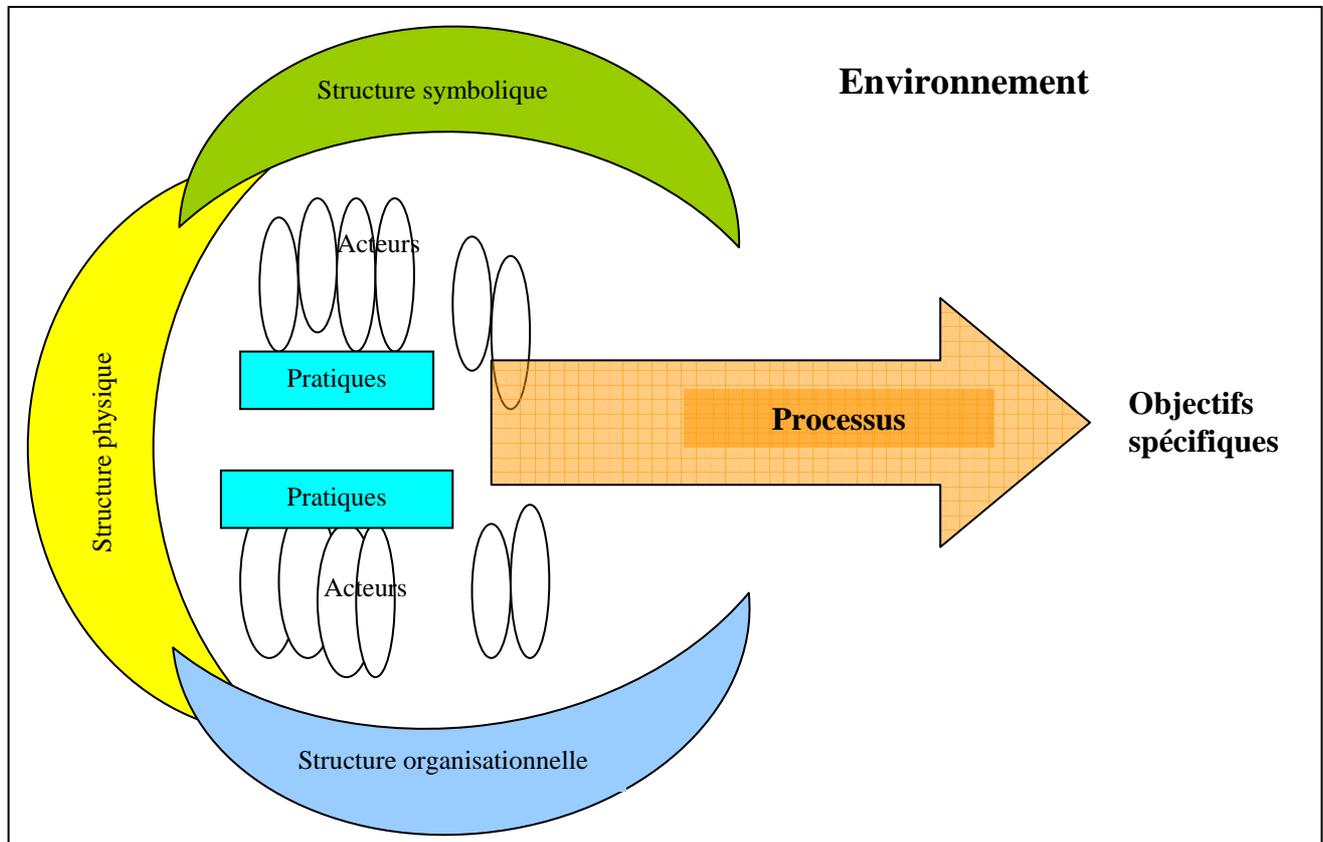
---

<sup>51</sup> Les « modalités et moyens de prise en charge » entendus comme toute prestation singulière, institutionnelle ou non, qu'offre l'organisation au client. Ces prestations peuvent bien sûr être définies collectivement, comme par exemple les différentes missions des prestataires de soins, ou des normes de qualité. Pour faire l'analogie avec le producteur d'automobiles, c'est comme si ce dernier ne pourrait déterminer de son produit que sa couleur !

<sup>52</sup> Le cadre concret étant le système sanitaire vaudois, il s'agit d'un système régional (cantonal) dans la mesure où aux cantons de la Suisse incombent un certain nombre de compétences législatives et exécutives en matière de santé publique (cf. les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire – NOPS – de 1996). Ces compétences sont toutefois limitées du fait qu'elles s'inscrivent dans le cadre législatif fédéral, que constitue la LAMal de 1995).

A l'instar d'un auteur comme A.P. Contandriopoulos<sup>53</sup>, l'on peut considérer le système sanitaire comme un *système organisé d'action* (cf. Fig.1) qui, comme tous les grands systèmes sociaux, présente les éléments suivants :

**Figure 1 : Système organisé d'action**



Source : Contandriopoulos, 1998

**Une structure**, constituée de trois composantes et de leur interrelations :

- *La structure physique ou matérielle*, comprenant le volume et la structuration des différentes ressources mobilisées (financières, humaines, immobilières, techniques, informationnelles etc.).
- *La structure organisationnelle*, comme ensemble de lois, de règlements, de conventions, des règles de gestion, des routines etc. qui définissent comment les ressources (l'argent, le pouvoir, l'influence et les engagements) sont réparties et échangées. Il s'agit des règles du jeu du système d'action.
- *La structure symbolique*, comme ensemble de croyances, de représentations et de valeurs qui permettent aux acteurs de communiquer et de donner du sens à leurs actions.

**Des acteurs** individuels et collectifs :

<sup>53</sup> Professeur titulaire au département d'administration de la santé de la faculté de l'Université de Montréal, et chercheur du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS). L'analyse qui suit se basera en grande partie sur son cours « Ethique et allocation des ressources », donné dans le cadre de l'Université d'été d'Ascona/Suisse en été 1999.

- Les acteurs se caractérisent par leurs projets, par leurs conceptions du monde et leurs croyances, par les ressources qu'ils possèdent ou contrôlent et par leurs dispositions d'agir.
- Leurs pratiques (ou leurs conduites) sont simultanément constitutives de l'intervention et influencées par la structure de cette dernière.
- Ils interagissent, dans un jeu permanent de coopération et de concurrence, afin d'accroître leur contrôle sur les ressources critiques du système d'action (telles que l'argent, le pouvoir, l'influence et les engagements envers des normes sociales).

**Des processus d'action**, en tant qu'ensemble de processus durant lesquels et par lesquels les ressources sont mobilisées et employées par les acteurs pour produire les biens et les services requis pour atteindre les finalités du système organisé d'action.

**La finalité**, qui est de transformer la trajectoire prévisible d'évolution d'un ou plusieurs phénomènes en agissant au cours du temps sur un certain nombre de ses déterminants (les objectifs spécifiques de l'intervention) pour corriger une situation problématique.

Enfin, **l'environnement**, sous forme des contextes physique, légal, symbolique, historique, économique et social qui structurent le champ dans lequel le système agit, et tous les autres systèmes organisés d'action avec lesquels il interagit.

Cette définition repose sur une *vision dynamique* du système en accordant davantage d'attention à la réalité du fonctionnement du système, et moins à son cadre apparent. Du point de vue méthodologique, elle postule par ailleurs que le système se structure essentiellement à travers les relations de ses acteurs. De ce fait, le cadre de l'approche exposée par la suite se caractérise par la volonté explicite de concilier des conceptions structuralistes et interactionnistes des phénomènes sociaux<sup>54</sup>.

## 2.1 Les processus générateurs des règles du système

Partant de cette définition du système sanitaire, il importe à présent d'analyser les *mécanismes responsables de sa reproduction et de sa stabilité*. Autrement dit, pourquoi le système sanitaire est-il comme il est ? Dans la perspective de l'analyse économique des conventions, les interrogations sont plus précises :

Comment, au sein du système, le point focal de l'action sanitaire collective se détermine-t-il ? Quelle est la finalité de cette action ? Comment le système produit-il les représentations des ses acteurs, comment construit-il l'objectivité de son objet central, la santé ?

Dans son analyse, A.P. Contandriopoulos distingue deux grands processus générateurs qui agencent les éléments constitutifs du système sanitaire en tant que système organisé d'action :

- **l'institutionnalisation des valeurs** <sup>55</sup> :

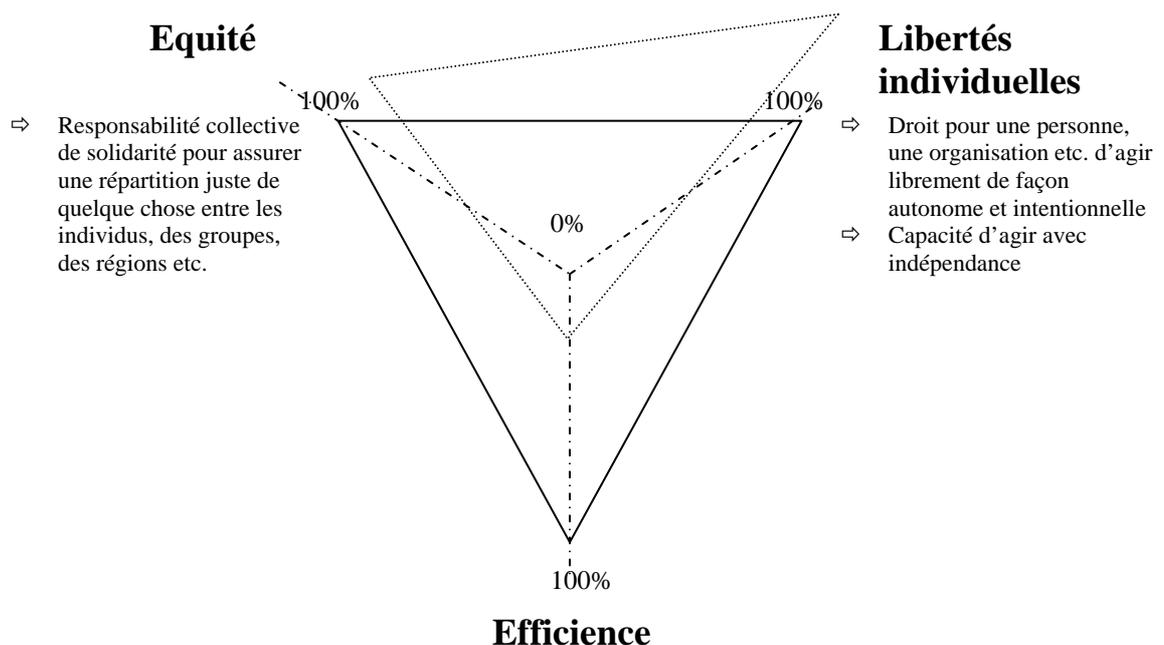
<sup>54</sup> Le « domaine de la santé » est compris comme un champ autonome dans le sens de la théorie des champs de P. Bourdieu. De cette façon, il faut analyser le système sanitaire comme une entité autonome, dans la mesure où les règles du jeu se déterminent à l'intérieur du système, et sa reproduction permanente n'est soumise qu'aux règles qu'il produit de manière perpétuelle. Pour le concept de champ, cf. BOURDIEU P., PASSERON J.-C. : *La reproduction*, Paris, Minuit, 1970.

<sup>55</sup> CONTANDRIOPOULOS P.-A., LAURISTIN M., LEIBOVICH E., 1998. L'ensemble de l'article traite de ce phénomène.

Le système dominant de croyances influe sur la manière dont le système d'action est organisé. Ce postulat de base fait allusion à la place centrale qu'occupent les systèmes sanitaires dans tous les pays démocratiques. En d'autres termes, les enjeux moraux qui se traduisent dans l'organisation des systèmes sanitaires sont majeurs, dans la mesure où ils renvoient directement à la conception de l'être humain et de l'Etat de l'histoire occidentale moderne. De ce fait, la plupart des pays démocratiques se posent aujourd'hui une question, à la fois très simple et pourtant fondamentale : Comment faire pour qu'à la veille du 21<sup>ème</sup> siècle, tous les citoyens aient accès de façon libre et équitable, quand ils sont malades, à des services sanitaires de qualité dans un contexte économique hautement compétitif ?

Cette question aborde les trois grandes valeurs autour desquelles les sociétés démocratiques modernes sont organisées : l'équité, la liberté individuelle et l'efficacité. Pour respecter le mieux ces valeurs, toute société moderne s'efforce de trouver la meilleure façon d'organiser ses ressources, compte tenu de sa richesse, de son histoire singulière, de ses traditions et de sa culture. La difficulté consiste cependant à trouver un équilibre acceptable, sachant que plus on progresse par rapport à une valeur, plus il est difficile de ne pas régresser par rapport à au moins une autre ( cf. Fig.2).

**Figure 2 : Les objectifs de soins**



*Exigence sociale de maximiser simultanément :*

- la qualité des soins ou un résultat de santé (efficacité)
- l'utilisation des ressources (productivité)
- la minimisation des coûts pour un résultat donné (efficacité technique)
- l'allocation optimale des ressources pour un résultat de santé (efficacité distributive)

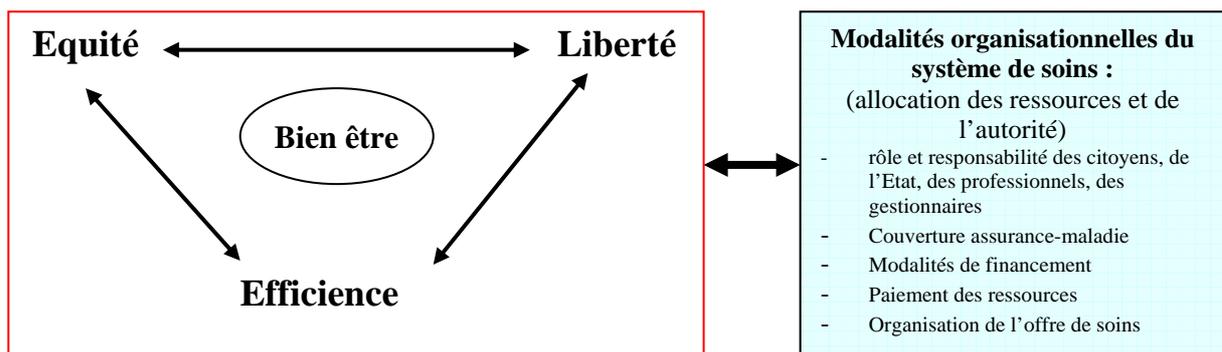
Source : Contandriopoulos, 1998

A travers l'agencement et l'organisation des ressources, la façon dont une société organise donc son système de santé reflète concrètement l'importance qu'elle accorde à chacune de ces trois valeurs (cf. Fig.3). Inversement, les indicateurs

associés à chacune des trois valeurs permettent d'apprécier la performance d'un système de santé donné.

Or, la situation des systèmes sanitaires de santé se dégrade dans tous les pays. Le développement technologique, les transitions démographiques et épidémiologiques, les nouvelles connaissances et la mondialisation de l'économie les entraînent dans une situation qui n'est pas cohérente avec les valeurs de la société.

**Figure 3 : Les valeurs du système sanitaire et ses modalités organisationnelles**



Source : Contandriopoulos, 1998

- **l'internalisation des normes sociales :**

Comment se répercutent alors ces valeurs institutionnalisées sur les règles du jeu et sur le comportement des acteurs ? Autrement dit, quelle est la conception de l'échange entre le système de valeur d'une société donnée, et les modalités organisationnelles de son système sanitaire ? Et, pour comprendre le comportement des acteurs, comment concevoir l'acteur lui-même ?

La théorie des champs de P. Bourdieu admet que les acteurs se voient dotés d'un certain nombre de capitaux, leurs ressources<sup>56</sup>, qu'ils utilisent de manière stratégique en fonction de leurs intentions personnelles et de leurs projets. La marge de manœuvre des acteurs se délimite par conséquent par les ressources qui leur sont disponibles.

Or, c'est le système de valeurs dominantes qui structure la distribution des ressources. Plus précisément, le processus constant de négociation des valeurs dominantes d'une société donnée se traduit dans les modalités organisationnelles du système, qui lui donnent sa structure légale, administrative et matérielle<sup>57</sup>. Les acteurs, quant à eux, poursuivent leurs objectifs à l'intérieur de leur champ d'activité<sup>58</sup>, disposant de ces ressources que les modalités d'organisation leur accordent.

<sup>56</sup> A l'instar de Bourdieu (1994), les capitaux des acteurs sanitaires se déclinent en des ressources matérielles, de l'autorité et du pouvoir (correspondant au capital symbolique chez Bourdieu).

<sup>57</sup> CONTANDRIOPOULOS, LAURISTIN, LEIBOVICH, 1998, p.348.

<sup>58</sup> Il est important de noter que les acteurs agissent simultanément dans différents champs (Bourdieu, 1994). Imaginons un économiste de la santé qui, dans l'attente de l'heureux événement, réclame naturellement davantage d'échographies pour sa femme qu'il n'admet généralement aux clients de son établissement. Sous l'angle de la théorie des champs, ce type de comportements a priori opportunistes devient absolument cohérent.

Lors de l'échange perpétuel des ressources, le système a tendance à reproduire les mêmes structures. Il s'agit en quelque sorte d'un cercle vicieux qui se manifeste, par exemple, par les routines<sup>59</sup>. Cette reproduction des structures existantes se réfère à la logique circulaire suivante : plus la perception des acteurs est conforme au système de valeur dominant, plus il intériorise ces dernières. Il en résulte un processus de naturalisation des normes sociales généralisées et, en conséquence, des modalités d'organisation. Ce processus d'*internalisation des normes sociales* se traduit dans la représentation des acteurs par rapport aux phénomènes qu'ils rencontrent, et oriente de cette manière leurs comportements.

Les processus générateurs des règles du jeu, l'*institutionnalisation des valeurs et l'internalisation des normes sociales par les acteurs*, sont des mécanismes circulaires. L'échange entre le système de croyance et les modalités d'organisation du système se fait perpétuellement entre les trois pôles du système, entre les valeurs, l'acteur et l'organisation. De ce fait, le système a tendance à reproduire sans cesse les mêmes règles du jeu.

## **2.2 Les référents des acteurs**

Or, ce mécanisme de reproduction des règles du jeu empêche le système d'adapter ces dernières aux transformations contextuelles rapides. Dans cette perspective, les systèmes sanitaires ne traversent non seulement une crise financière, telle qu'elle est principalement mise en avant. Il s'agit dès lors d'une remise en question générale du système et de ses capacités de faire face aux nouveaux défis.

Dans son approche, Contandriopoulos distingue précisément quatre crises de nos systèmes sanitaires : une crise de financement, une crise du savoir, une crise de régulation et une crise morale<sup>60</sup>.

Plus particulièrement, c'est la conception de *la crise de régulation* qui fournit une grille d'analyse pertinente, permettant de renouer avec les réflexions menées dans le cadre de l'analyse économique des conventions.

### **- les quatre logiques de régulation**

Pour comprendre comment les processus générateurs se traduisent concrètement dans les comportements des acteurs et dans l'organisation des ressources du système, il s'impose de distinguer les quatre groupes d'acteurs qui agissent dans le système sanitaire : les professionnels de la santé (auxquels l'on associe notamment les professions médicales et le personnel soignant), les gestionnaires du système, les acteurs du monde marchand et les représentants des populations (cf. fig.4). Il est intéressant de noter que chaque groupe d'acteurs, à travers son habitus et son discours, cherche à se désigner comme représentant de l'intérêt collectif.

A l'intérieur du champ de la santé pourtant, les groupes d'acteurs s'efforcent de se délimiter des autres. Ce phénomène se traduit par exemple par le choix de sa terminologie employée et par la position qu'il occupe face à une nouvelle situation concrète. Contandriopoulos associe à chacun de ces groupes d'acteurs une *logique particulière*, qu'il perçoit comme la traduction des normes sociales internalisées, correspondant à leur habitus et à leur champ d'action.

---

D'un côté, la personne agit en tant qu'assuré, revendiquant un maximum de prestations de soins. En prônant de la parcimonie à l'égard des échographies de l'autre côté, la même personne se tient aux règles du jeu de son champ d'action, en l'occurrence celui de l'économiste de la santé.

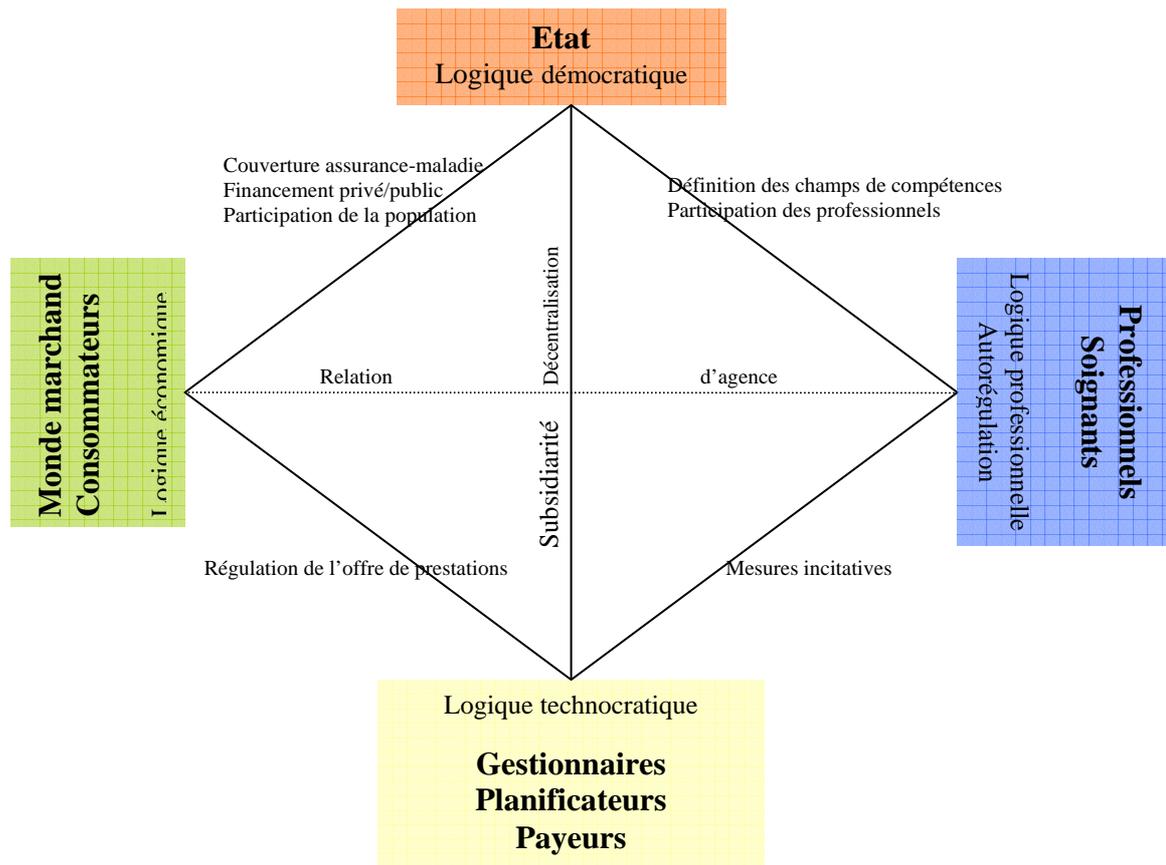
<sup>59</sup> Sur la question des routines lors d'un processus de changement et de transformation historique des systèmes sanitaires cf. KLEIBER C. : *Question de soins*, Lausanne, Payot, 1992.

<sup>60</sup> Cf. CONTANDRIOPOULOS, 1994,

Respectivement aux groupes d'acteurs, l'auteur distingue la logique professionnelle, la logique technocratique, la logique économique et la logique démocratique. Ces logiques, les « murs porteurs du système », constituent les *structures fortes du système sanitaire*.

Cependant, la logique démocratique occupe une place particulière au sein du jeu d'équilibre de l'édifice. Plus précisément, il incombe à la logique démocratique de définir les domaines d'application des autres logiques. De ce fait, elle détermine directement les structures des autres logiques.

**Figure 4. Logiques d'action et modalités de régulation du système sanitaire**



Source : Contandriopoulos, 1997

La logique démocratique doit sa position particulière aux principes législatifs et politiques d'organisation du système, inhérents aux pays démocratiques. De ces structures découlent la définition des champs de compétence des acteurs sanitaires, qui peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre <sup>61</sup>. Cependant, il est évident que, dans aucun pays, la logique démocratique à elle seule ne saurait être capable de gérer l'ensemble du système. Autrement dit, les règles du jeu du macro-système doivent être considérées comme le résultat de *l'arbitrage* entre les différentes logiques à l'œuvre. Elles se répercutent de cette façon sur les modalités d'organisation du système (cf. Fig.4).

<sup>61</sup> C'est la raison pour laquelle l'on observe des variations importantes entre les différentes modalités organisationnelles des systèmes sanitaires, et des systèmes sociaux de façon général. Pour cette question cf. ESPING-ANDERSON G. : The three worlds of Welfare capitalism, Harvard, Harvard University Press, 1990.

## - **la négociation des objectifs de soins**

Cet arbitrage circonscrit la dimension dans laquelle sont définis, de manière implicite ou explicite, les objectifs du système de soins. Les valeurs dominantes canalisent le processus d'allocation des ressources à travers l'importance que la société accorde à un moment donné respectivement à ces valeurs. Les objectifs de soins, qui se traduisent dans les processus d'allocation des ressources dans le système organisé, peuvent se concevoir comme le résultat de la négociation entre les différents acteurs, respectivement de la place et du rôle des quatre logiques de régulation.

Or, l'objectif global de toute société consiste en la maximisation de la superficie totale du triangle dont les trois valeurs représentent les pôles (cf. Fig.2).

Les données contextuelles qui caractérisent la crise du système sanitaire ont pour effet de déstabiliser le système de valeurs. Ils mettent fortement sous tension l'arbitrage des valeurs, et ainsi l'arbitrage des logiques d'action. Les différentes dimensions de crise témoignent de l'ampleur des rapports de force, et amènent les acteurs vers une incompatibilité de plus en plus importante de leurs logiques. La crise de régulation se manifeste par conséquent par des règles du jeu, et donc par des modalités d'organisation, qui sont susceptibles d'être incohérentes et contradictoires. Si, pendant la période de relative stabilité du système qui précède<sup>62</sup>, l'équité et les libertés individuelles ont primé sur l'efficacité du système, cette dernière s'impose aujourd'hui en tant que valeur dominante.

Les autres valeurs sont ainsi implicitement remises en question. L'équilibre du système de valeurs se voit donc sérieusement ébranlé. Les objectifs du système sanitaire, auparavant explicites et stables, sont devenus flous et implicites.

La crise de régulation se caractérise donc avant tout par la faiblesse actuelle de la logique démocratique, qui n'est plus en mesure de structurer l'arbitrage entre les quatre logiques de régulation. L'instabilité globale du système organisé en est le résultat.

### **3. Quelques propositions théoriques pour le fonctionnement du réseau de soins**

Que faire alors pour stabiliser le système ? Faut-il changer de système politique pour redonner de la stabilité aux systèmes de santé ? Comment peut-on créer des conditions favorables à l'adaptation des mécanismes régulateurs, comment peut-on équilibrer l'arbitrage des logiques d'action ?

L'analyse théorique de la crise du macro-système incite à avancer que le point focal indispensable à la réussite de la coordination par convention n'est pas explicite. La nouvelle instabilité du système de valeurs, et l'incompatibilité grandissante des logiques d'action qui en résulte, nous amènent à la conclusion que le micro-système coordonné ne peut, à l'heure actuelle, profiter d'un macro-système stable et dynamique. L'indétermination du point focal, qui va de paire avec une finalité peu explicite de l'action collective, pousse les acteurs du réseau de soins à établir leurs propres objectifs internes. Il en est de même pour la construction collective de leur bien, la santé, qui ne peut se profiler à travers un processus constructif de négociations entre les logiques d'action à l'œuvre.

Le réseau de soins, a-t-il les capacités de créer une utopie ?

---

<sup>62</sup> La période des trente glorieuses se caractérise par une exceptionnelle stabilité des valeurs dominantes, favorisée bien sûr par un contexte économique favorable. La superficie du triangle (cf. Fig.2) étant très grande, les logiques de régulation ont pu se référer à des valeurs stables et explicites.

En revanche, à travers son projet explicite et ouvert, il est peut-être susceptible de reproduire de la stabilité au niveau du micro-système. Dès lors, une nouvelle réflexivité entre les groupes d'acteurs, et une nouvelle cohérence entre les ressources collectives disponibles, peuvent se dégager. La dynamique qu'engendre l'action collective de la construction du réseau de soins, peut être utilisée pour y parvenir. C'est par celui-ci que l'action collective tente d'agencer de façon stable et explicite le système de financement, le système de gestion, le système d'information et le système clinique. Ainsi, le micro-système peut établir ses propres logiques de régulation, ses règles internes du jeu.

Cependant, le réseau ne peut pour l'instant faire abstraction de l'instabilité du macro-système sanitaire : les modalités d'organisation<sup>63</sup> sont largement imposées par ce dernier. De ce fait, la marge de manœuvre des acteurs du micro-système peut s'avérer, selon le pays ou la région donnés, extrêmement réduite.

L'on peut donc supposer que le flou actuel que l'on observe non seulement dans le processus de construction des réseaux de soins, mais qui s'est introduit dans l'ensemble des réformes sanitaires, découle de l'instabilité du macro-système. Le réseau de soins en tant qu'action collective coordonnée et régionale est susceptible d'indiquer les possibilités qu'une nouvelle distribution des modalités d'organisation des systèmes sanitaires peut apporter. L'on peut donc également supposer qu'il y aura des gagnants et des perdants. Sur un plan théorique, l'issue de ce jeu de pouvoir n'est, à l'heure actuelle, pas prévisible.

### **Chapitre III : La démarche choisie**

La finalité première de toute démarche scientifique constitue la production de la connaissance objectivée. Le travail de recherche doit ainsi être considéré comme le processus d'objectivation des idées a priori subjectives du chercheur. Gaston Bachelard a résumé la démarche scientifique en quelques mots : le fait scientifique est conquis, construit et constaté. Il est conquis sur les préjugés, construit par la raison et constaté dans les faits<sup>64</sup>.

Partant souvent d'une analyse intuitive d'un phénomène donné, le chercheur est amené à se décider sur une méthode de travail aussi rapidement que possible. Il s'agit par conséquent d'établir d'emblée une trame de travail cohérente qui constitue le fil rouge de la démarche. Elle peut être explicite ou implicite, mais doit en tout temps permettre de reconstituer le cheminement intellectuel du chercheur.

Or, notre terrain d'investigation étant essentiellement composé de faits humains et sociaux, il est d'autant plus important que la démarche soit explicite. Le risque de s'y perdre ainsi quelque peu limité, reste l'espoir que les étapes de la récolte et de l'interprétation des données obtenues ne sont pas perçues par le lecteur comme une boîte noire.

#### **Les trois étapes épistémologiques de la démarche scientifique**

La présente démarche se décline en trois étapes<sup>65</sup> épistémologiques : la rupture, la construction et la constatation. Autrement dit, il s'agit d'abord de rompre avec les préjugés et les fausses évidences, qui donnent seulement l'illusion de comprendre les choses. Ensuite, il importe de faire référence à un système conceptuel organisé,

---

<sup>63</sup> Il s'agit notamment de la répartition des champs de compétence et le système d'incitation économique.

<sup>64</sup> Cf. BACHELARD G : *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Librairie philosophique J.Vrin, 1965.

<sup>65</sup> A l'instar de l'idée de la « hiérarchie des actes épistémologiques », qui structure l'ensemble de l'ouvrage de BOURDIEU.P, CHAMBOREDON J.-C., et PASSERON J.-C. : *Le métier de sociologue*, Paris, Mouton, Bordas, 1968.

susceptible d'exprimer la logique que le chercheur suppose être à la base des phénomènes. La construction des propositions explicatives, qui elles déterminent la démarche empirique, passe en conséquence forcément par la compréhension théorique de la problématique.

Enfin, la dernière étape constitue la vérification de ces propositions par des informations sur la réalité concrète. Ce n'est qu'à travers de cette démarche décisive que les propositions obtiennent le droit au statut scientifique.

### **Le choix de la méthode : l'entretien semi-directif**

La logique générale ainsi étant établie, le choix de la méthode de recueil des informations se fait en fonction de la nature des phénomènes. Dans ce contexte, une démarche dite qualitative sous forme d'entretiens s'impose en tenant compte de deux facteurs : premièrement, les objectifs de la recherche amènent sur le terrain de *la réflexivité* des acteurs. Ainsi par exemple, l'enquête par questionnaire semble peu adaptée aux objectifs car il s'agit d'approfondir *la vision de phénomènes complexes* d'un ensemble d'acteurs. A présent, l'objectif est clair, à savoir d'obtenir des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés.

A l'inverse de la démarche quantitative, les méthodes d'entretien se caractérisent par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs, et par une faible directivité de sa part. Ces méthodes tirent leur richesse qualitative de la mise en œuvre des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine<sup>66</sup>.

Plus concrètement, c'est *l'entretien dit semi-directif* qui s'avère le plus adéquat comme outil de recherche. Celui-ci se caractérise par une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif que l'interviewer reçoive une information de la part de son interlocuteur. Autant que possible, il s'agit de « laisser venir » ce dernier, afin qu'il puisse parler ouvertement avec les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte.

Cette méthode convient particulièrement bien lorsque l'on cherche à analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leur propres expériences, les systèmes de relations entre les acteurs, le fonctionnement d'une organisation, la reconstitution de processus d'action, etc.<sup>67</sup>

Par ailleurs, un autre facteur ayant déterminé ce choix est de l'ordre technique. Il se trouve que, dans le processus de mise en place d'un réseau de soins, le nombre absolu des intervenants déterminant est restreint. Une démarche de type quantitative ne saurait par conséquent produire la quantité d'informations nécessaire à la validation scientifique de ces dernières.

### **Les tâches du chercheur**

Dès lors, le chercheur se doit de résoudre trois difficultés : il doit choisir un échantillon d'interlocuteurs représentatifs et susceptibles de fournir les informations escomptées. Il doit identifier les questions-guides, et les adapter au contexte réel de l'entretien. Enfin, il est censé construire un cadre d'analyse des informations, permettant de valider les propositions théoriques mises en avant préalablement.

---

<sup>66</sup> QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 1995, p.194.

<sup>67</sup> Idem, p.196.

## **Le choix des interlocuteurs**

Le choix des interlocuteurs s'effectue dans le souci d'y retrouver toutes les dimensions théoriques identifiées jusqu'alors. Il en résulte la diversité professionnelle et hiérarchique des interlocuteurs sollicités : du personnel soignant, des médecins, des gestionnaires représentant différents domaines de l'action sanitaire, les théoriciens, les assureurs et les politiciens – toutes les fonctions professionnelles impliquées<sup>68</sup> dans le processus de réalisation du réseau de soins doivent être représentées.

Cependant, la taille de l'échantillon à choisir dépend fortement du cadre technique de la recherche.<sup>69</sup> En l'occurrence, il est peu probable qu'un nombre plus élevé d'entretiens ne saurait influencer les résultats obtenus de manière significative. Il importe toutefois de noter qu'un échantillon limité soulève toujours la question de la représentativité des interlocuteurs. Cependant, s'agissant d'un problème inhérent à la démarche qualitative, le risque associé à la taille de l'échantillon ne peut être entièrement écarté. Les entretiens s'étant focalisés sur l'approfondissement ad hoc de la problématique, leur durée moyenne s'est hissée à 90 minutes. Autant dire qu'après huit entretiens de ce type, ce qui correspond à 12 heures d'intense échange d'informations, celles-ci se sont avérées abondantes.

## **Les questions-guides**

Outre le choix de l'échantillon, le chercheur s'investit dans l'élaboration des questions-guides qui nécessite la circonscription préalable des phénomènes à comprendre. Dans ce contexte, il s'agit de définir les thèmes qui correspondent aux champs de représentations importants par rapport à l'hypothèse de travail. Le choix des thèmes et l'ordre de leur agencement établis, les questions doivent inciter l'interlocuteur à baser son discours sur la définition qu'il a du sujet donné. Il est donc important de faire obéir les questions-guides à une logique bien réfléchie. Le cas échéant, les thèmes se succèdent du général au particulier. Cette manière de faire aide l'interlocuteur à développer un discours cohérent, et l'empêche en quelque sorte de le truquer. Pour ensuite faire le lien entre les représentations et les pratiques de l'interlocuteur, chaque thème se décline en un ensemble de sous questions qui, elles, doivent être relativement souples.

Les questions-guides se concentrent par conséquent sur les trois thèmes principaux de la crise du système sanitaire, de la mise en place des réseaux et sur les notions de coopération et de coordination. Elles ont été enrichies par trois questions annexes, amenant l'interlocuteur à ancrer lui-même les propos énoncés dans son contexte professionnel précis.

Il importe de noter que les questions-guides ont toutes été posées invariablement aux interlocuteurs, quelle que soit sa fonction professionnelle dans le système. Elles n'ont, pour ainsi dire, pas été personnalisées. En outre, il s'impose de rajouter que le chercheur, lui-même étant acteur impliqué dans le processus, dispose d'un nombre grandissant d'informations au fur et à mesure que la recherche avance. Cela soulève la difficulté d'éviter un échange bilatéral d'informations susceptible de biaiser le discours de l'interlocuteur. C'est la raison pour laquelle les questions

---

<sup>68</sup> Le degré d'implication varie d'un interlocuteur à l'autre. Ainsi, le représentant des assureurs-maladie ou le responsable politique ne consacrent qu'une petite partie de leur quotidien professionnel à la réalisation concrète du réseau. Toutefois, leur position dans le système sanitaire donne, de façon implicite ou explicite, une importance intrinsèque à leurs actions relatives aux réseaux de soins.

<sup>69</sup> Les moyens matériels et le temps disponible dans le cadre d'un travail de mémoire de ce type sont, hélas, assez limités.

n'ont pas subi de modifications ni en cours de recherche ni en cours de l'entretien. Généralement, des redondances ne se sont toutefois produites que rarement.

Quant au cadre proprement technique des entretiens, ces derniers se sont déroulés dans l'espace de deux mois, des changements contextuels significatifs ne sont ainsi pas intervenus. Les interlocuteurs n'ont pas eu connaissance des questions, à l'exception d'une personne ayant exigé leur vision préalable. Une introduction sommaire à la problématique et au cadre de la recherche a été réalisée soit par une feuille explicative préliminaire soit par le biais d'une introduction orale ad hoc. Les entretiens n'ayant pas été enregistrés, tous les propos énoncés ont été retenus par écrit, regroupés en fonction des thèmes traités et reproduits sous forme de résumé ad hoc, immédiatement après l'entretien. Ces résumés sont annexés au présent travail de recherche.

### **L'analyse de données**

Enfin, l'analyse des données obtenues s'effectue également dans l'optique de l'hypothèse de travail et de l'objectif de la recherche. En d'autres termes, c'est de la logique interne de la recherche que découle naturellement l'attente du chercheur à l'égard des réponses obtenues. De ce fait, celles-ci doivent rendre possible l'établissement d'un catalogue dichotomique de représentations divergentes et convergentes<sup>70</sup>. Par la suite, les informations brutes, déjà regroupées en fonction des thèmes, ont été synthétisées selon la méthode de *l'analyse thématique*. Cette méthode tente principalement de mettre en évidence les représentations sociales ou les jugements des interlocuteurs à partir de l'examen de certains éléments constitutifs du discours<sup>71</sup>. Dans cette perspective, les propos par thème ont été confrontés de *manière transversale* : les termes-clés de chaque thème peuvent ainsi être déterminés par l'importance qualitative ou par la fréquence quantitative que les locuteurs y accordent. Par conséquent, se sont dégagées des définitions de notions, par rapport auxquelles les propos s'avèrent identiques ou complémentaires (la coopération, la culture du réseau etc.). En revanche, les champs des représentations divergentes se caractérisent par la diversité des notions-clés associées. L'analyse thématique permet en conséquence de rendre les informations opérationnelles pour leur déploiement ultérieur.

### **La reconstruction des leitmotifs**

La prochaine étape du traitement des informations, *l'analyse des représentations*, cherche à reconstruire le principe générateur qui produit et organise les représentations des acteurs. A ce stade de la démarche, la recherche entre dans une première phase d'évaluation subjective des propos. La logique interne de la recherche se répercute dès lors explicitement sur le déploiement des informations empiriques. Dans la volonté de comprendre les comportements des acteurs, il s'agit par conséquent d'identifier *des filières de raisonnement* qui elles permettent de reconstruire l'ancrage contextuel des représentations des acteurs. Ces filières de raisonnement identifiées, *lesdits leitmotifs*, font naturellement allusion au cadre théorique de la recherche. Leur construction s'inspire en l'occurrence, des quatre logiques d'action mises en évidence ci-dessus<sup>72</sup>.

Enfin la dernière phase du déploiement des données tente de faire le lien entre les résultats des entretiens effectivement obtenus, et leur interprétation proprement

---

<sup>70</sup> Cf. p.12

<sup>71</sup> QUIVY et al., 1995, p.232.

<sup>72</sup> Cf. Fig.4.

dite (cf. Troisième partie). Dans ce but, les informations ont été transformées en un *constat sommaire et synthétique* permettant de réinsérer les résultats des entretiens dans le cadre théorique d'analyse et dans la problématique générale.

### **La construction idéaltypique**

De par leur caractère analytique, les deux dernières étapes du processus de déploiement des données méritent toutefois d'être mises en référence à un outil d'analyse de grande envergure : il s'agit de la *construction idéaltypique*. La science doit cette notion fondamentale de recherche en sciences humaines, et plus particulièrement, en sciences sociales et historiques, au grand penseur Max Weber : « On obtient un idéaltype *en accentuant* unilatéralement un ou plusieurs points de vue et en enchaînant une multitude de phénomènes donnés *isolément*, diffus et discrets, que l'on trouve tantôt en grand nombre, tantôt en petit nombre et par endroits pas du tout, qu'on ordonne selon les différents points de vue, choisis unilatéralement, pour former un *tableau de pensée* homogène. On ne trouvera nulle part un pareil tableau dans sa pureté conceptuelle : *il est une utopie*.<sup>73</sup> » Son concept de l'idéaltype cherche à dégager les significations réellement importantes, opérant un choix parmi des caractéristiques multiples.

« L'idéaltype est un tableau de pensée, il n'est pas la réalité historique, ni surtout la réalité authentique <sup>74</sup> ». Néanmoins, l'idéaltype permet par « son importance heuristique éminente et même unique <sup>75</sup> », de donner une *signification aux faits*, autrement dit de dégager cette dernière des phénomènes observés. L'idéaltypisation méthodologique des données lors des chapitres V et VI doit être comprise ainsi.

Les observations réorganisées de cette façon, la troisième partie constitue l'interprétation proprement dite des données. Cette dernière s'effectuant en référence au cadre théorique posé préalablement, elle nous amène vers *l'objectif principal* de notre recherche : la description des conditions favorables à la mise en place des réseaux de soins, par le biais de la compréhension des obstacles rencontrés.

## **Annexe 1 : Les questions posées aux interlocuteurs**

### **Les trois thèmes principaux**

#### **Concernant le thème de la crise du système sanitaire:**

- ⇒ Quelles sont les caractéristiques de cette crise ?
- ⇒ Quels objectifs prioritaires faudrait-il poursuivre pour stabiliser le système ?
- ⇒ Que pensez-vous des mesures politiques prises pour sortir de la crise ?
- ⇒ Où sont les limites de notre système sanitaire dans l'avenir ?

#### **Concernant le thème de la mise en place des réseaux :**

- ⇒ Quels sont vos espoirs par rapport aux réseaux de soins ?
- ⇒ Quelles sont vos craintes ?
- ⇒ Vos expériences personnelles dans le processus de mise en place ?

#### **Les réseaux misent sur la coordination et la coopération entre les partenaires :**

---

<sup>73</sup> WEBER, M. : *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon, 1965, p.181

<sup>74</sup> Idem, p.185

<sup>75</sup> Idem, p.200

- ⇒ Quels sont les incitatifs nécessaires à la coopération ?
- ⇒ Quel rôle doivent jouer les pouvoirs publics dans ce contexte de coopération ?

### **Les questions annexes**

- Pourriez-vous m'interpréter l'expression : « La bonne personne, à la bonne place, au bon moment » ?
- Les dépenses du domaine de la santé représentent actuellement environ 10% du PIB en Suisse : selon quelques experts, en l'an 2010 à 2015 nous dépenserons, si il n'y a pas de changement fondamental, entre 20 et 25% du PIB pour la santé : votre commentaire ?
- Comment définiriez-vous votre fonction professionnelle dans le système sanitaire ?

\* \* \*

## **Deuxième partie: Les résultats des entretiens<sup>76</sup>**

Dans cette deuxième partie de la recherche, les données obtenues seront traitées de plusieurs façons. Le chapitre IV tente de présenter le catalogue des représentations convergentes et divergentes, obtenues moyennant l'analyse thématique des propos réellement énoncés. Autrement dit, c'est la phase de reconstruction des représentations.

A travers l'analyse de ces dernières, il est possible d'établir différentes logiques d'action des acteurs sanitaires (Chapitre V). Ces logiques constituent le cadre de référence, à la fois individuel et opérationnel, qui coordonne et rend cohérent une ou un ensemble d'actions singulières par rapport à un phénomène donné<sup>77</sup>. En référence aux quatre logiques d'action proposées au cadre théorique, il est opportun de distinguer quatre *leitmotivs* différents. Leur construction idéaltypique repose sur les quatre éléments constitutifs suivants : *l'objectif principal* des actions, *les moyens* à travers lesquels elles peuvent être réalisées, *la finalité* des actions dans une vision systémique, et *l'attente* implicite par rapport au fonctionnement global du système sanitaire.

Enfin, le chapitre VI est destiné à la synthèse des deux dimensions théorique et empirique, que comporte ce travail de recherche. Elle permettra d'ailleurs de transiter vers l'interprétation proprement dite des données.

En tenant compte du contenu de cette deuxième partie, il semble plus adéquat de recourir à une présentation purement schématique des éléments.

### **Chapitre IV : Les représentations des acteurs**

#### **1. Les champs des représentations convergentes**

##### **La notion de la coopération**

- ⇒ La connaissance de l'autre ;
- ⇒ La volonté d'avancer ;
- ⇒ Un processus d'apprentissage ;
- ⇒ Un processus de définition commune d'objectifs fournissant des points de repère ;
- ⇒ Le partage des responsabilités ;
- ⇒ La coopération nécessite la formalisation des compétences : le rôle de chacun doit être explicite ;
- ⇒ Elle nécessite également le respect des champs de compétences des autres ;
- ⇒ Si le contexte le permet, on peut s'attendre à un double gain, relationnel et en efficience ;

---

<sup>76</sup> Les informations brutes étant regroupés préalablement en fonction des thèmes abordés, les résumés complets des entretiens sont annexés au présent travail. La grande majorité de la terminologie reproduite émane du vocabulaire des interlocuteurs. Lors des entretiens, l'interviewer s'est toutefois permis de proposer un résumé ad hoc des propos lorsque le discours s'est quelque peu éparpillé. De cette façon, les termes sommaires proposés par l'interviewer ont pu être cautionnés par l'interlocuteur.

<sup>77</sup> Grâce à ce principe générateur, les acteurs peuvent déterminer leur position face à n'importe quel événement singulier qui relève de leur contexte professionnel. On imagine par exemple la proposition de fermer un établissement médico-social, la création d'une nouvelle structure d'information et d'orientation des patients, l'évaluation d'un nouvel outil informatique, etc.

## **Les notions de communication et d'information**

- ⇒ La communication comme outil indispensable pour améliorer la coopération ;
- ⇒ La communication comme instrument pour renforcer la « culture du réseau » (l'information « formative ») ;
- ⇒ L'information se décline selon un échelon qualitatif (information utile/inutile) ;
- ⇒ La conscience des acteurs du danger que représente l'échange d'informations par rapport à la protection des données est impérative ;

## **La conception du travail en réseau**

- ⇒ *Sa définition* : un mode d'organisation des actions autour du bénéficiaire, de manière à ce que chaque prestataire puisse optimiser son fonctionnement ;
- ⇒ *Sa finalité* : l'adéquation et l'efficacité des prestations ;
- ⇒ Les prémisses:
  - Un cadre formel général, basé sur la complémentarité des acteurs (pluridisciplinarité) ;
  - L'acceptation formelle des champs de compétences (mission) de l'autre ;
  - L'acceptation tacite des priorités de l'autre (priorités médicales, administratives, économiques et sociales) ;
- ⇒ Le doute : pas ou peu d'augmentation de l'économicité de la prise en charge ;

## **Les expériences personnelles lors du processus de construction du réseau**

- ⇒ La clarification progressive des différents champs de compétence des acteurs ;
- ⇒ Un processus dynamique susceptible de produire une nouvelle vision homogène de la prise en charge ;
- ⇒ Le développement de nouvelles compétences « réseau » ;
- ⇒ Généralement, il s'agit d'un processus qui produit de « l'ouverture » chez les partenaires ;

## **La vision des obstacles dans le processus de mise en place**

- ⇒ *A l'extérieur du réseau* :
  - Le manque de clarté et de cohérence dans la position des pouvoirs publics, se traduisant dans des directives contradictoires (finalité floue du réseau) ;
  - De la confusion et des antagonismes entre les différentes mesures concrètes de la politique sanitaire (économies, planification, restructuration) ;
- ⇒ *A l'intérieur du réseau* :
  - La peur du changement des acteurs (la méfiance envers l'autre et face au « nouveau ») ;
  - La crainte de perdre de l'autonomie, phénomène jugé être susceptible de produire des comportements stratégiques ;

## **2. Les champs des représentations divergentes**

### **Les objectifs du système sanitaire**

- ⇒ *Des priorités différentes des acteurs* :

- La solidarité et l'équité;
  - La responsabilisation, l'éducation et la formation des clients;
  - La diminution de l'incertitude et l'augmentation de l'économicité des prestations;
  - La satisfaction des besoins réels de la population et de lui garantir la meilleure « qualité » des prestations possible ;
- ⇒ *La confusion des paradigmes fondamentaux du système :*  
Le paradigme de guérison (modèle biomédical) versus le paradigme de prévention (modèle médico-social);
- ⇒ Des visions divergentes par rapport à la répartition des responsabilités de l'individu et respectivement de la collectivité ;

### **La perception de la crise du système sanitaire**

- ⇒ **Le constat commun :** *la présence de quatre facteurs perturbateurs du système :*
- L'évolution démographique ;
  - Le comportement des acteurs (les comportements stratégiques des professionnels, les attentes démesurées de la population);
  - Le fonctionnement intrinsèque du système (système inflationnaire);
  - La précarité des moyens ;
- ⇒ **Les quatre interprétations différentes :**
- Un système aussi complexe est en crise permanente : « La crise est insoluble, il faut la gérer » ;
  - La crise est avant tout due au fonctionnement du système : « Il faut pallier aux défauts du système » ;
  - La crise est avant tout un problème social : « Il faut agir sur les comportements des acteurs »;
  - Malgré les facteurs perturbateurs, il n'y a pas de crise ;

### **Les projets politiques et le rôle de l'Etat**

- ⇒ **Le constat commun :** *Les stratégies politiques sont (plus ou moins) incohérentes, contradictoires et trop peu explicites ;*
- ⇒ **Les quatre visions différentes du rôle de l'Etat :**
- Il a essentiellement un rôle de garde-fou (Etat : garant de la qualité, de l'équité et de la solidarité ) ;
  - Il a un rôle de formateur et d'éducateur (Etat : responsable du marketing social);
  - Il a un rôle de visionnaire et doit se charger de l'encadrement des actions (Etat : fournisseur d'un référentiel normatif) ;
  - Il ne doit pas être moralisateur, mais il doit identifier les dysfonctionnements du système et agir fermement (Etat : moyen d'intervention) ;

## **Chapitre V : La logique de proximité et les leitmotivs des acteurs**

Derrière les représentations divergentes apparaissent des prises de position différentes des acteurs, qui chacune sont caractérisées par une cohérence interne. Ces positions se basent toutefois sur des constats communs tels que les multiples pressions auxquelles est soumis le système sanitaire ou le caractère contradictoire

de certaines mesures politiques. Au-delà de ces similarités se greffe une grille d'interprétation individuelle, incitant les acteurs à « lire » les phénomènes rencontrés d'une certaine façon. Ainsi, chaque position individuelle suit une logique précise : le rôle que doivent jouer les pouvoirs publics et les citoyens, les objectifs que devraient se fixer le système sanitaire et les recommandations des acteurs pour sortir de la crise du système.

Ces positions différentes n'apparaissant peu ou pas dans les champs des représentations convergentes. La *logique de proximité*, autrement dit la « culture du réseau » et la volonté de coopération semblent supprimer les divergences traditionnelles. La vision des acteurs des éléments constitutifs du réseau, tels que les moyens de communication ou la conception des nouvelles modalités de coopération, font preuve d'une homogénéité étonnante. Toutes les représentations convergentes débouchent sur le même paradigme du réseau, la *pluridisciplinarité par coopération*, qui se substitue aux approches professionnelles différentes. La logique de proximité parvient ainsi à établir son propre leitmotiv dans le processus de mise en place du réseau.

Les divergences s'affirment en revanche très nettement dès lors que la logique de proximité fait place à des représentations plus générales et abstraites, chargées de valeurs et de croyances.

De cette manière par exemple, les différentes interprétations des acteurs de la formule « La bonne personne, à la bonne place, au bon moment » sont emblématiques. D'un côté, tous les acteurs souhaitent un fonctionnement en réseau qui permette de réaliser cet objectif, ce qui incite à affirmer qu'il s'agit là d'un nouveau repère d'action pour le fonctionnement en réseau. De l'autre côté, les interprétations de cette formule diffèrent sensiblement. Pour les uns, cette formule remet implicitement en cause les pratiques médicales traditionnelles, et est par conséquent perçue comme une accusation sous-jacente. Pour les autres, elle représente un moyen pour parvenir à un système où le *financement suit le patient*. Les troisièmes n'y voient pas moins que la concrétisation du nouveau paradigme du système sanitaire, celui de prévention qui remplace celui de guérison. Enfin, les derniers y voient un indicateur de performance de la politique sanitaire, s'efforçant d'offrir aux citoyens un système de soins de qualité.

La perception de la crise du système sanitaire en constitue un autre exemple. Pour identifier les causes de la crise, presque tous les acteurs avancent les mêmes facteurs perturbateurs du système (cf. ci-dessus). En revanche, les interprétations individuelles des causes démontrent des visions fort différentes des dysfonctionnements et du système sanitaire en général. Il en va de même avec le rôle des pouvoirs publics au sein du système sanitaire. Appelés à commenter ce dernier, les interlocuteurs partent dans un premier temps du même constat que la politique sanitaire, à l'heure actuelle, se caractérise par des mesures peu cohérentes. Dès lors, les acteurs interprètent ces incohérences différemment. Les divergences fondamentales qui apparaissent correspondent aux « couleurs politiques » des acteurs et relèvent ainsi essentiellement de leurs croyances individuelles.

Les interprétations individuelles découlent des *leitmotivs* ou des *logiques d'action* qui les génèrent. Ces leitmotivs, quant à eux, se réfèrent aux valeurs dominantes des champs professionnels respectifs, orientant les représentations des acteurs. Dès lors, il est opportun de reconstituer la logique intrinsèque de chaque leitmotiv, moyennant les quatre éléments constitutifs suivants : l'objectif général que poursuit l'acteur, les moyens auxquels il a recours, la finalité de ses actions et sa conception du système sanitaire.

### ***Le leitmotiv médicale :***

- **L'objectif principal des acteurs:** Il faut soigner les malades le mieux possible, ce qui nécessite un cadre relationnel permettant le libre déploiement du face-à-face entre le soignant et le soigné.
- **Le moyen :** Il faut favoriser la mise en œuvre de la démarche la plus adaptée aux besoins individuels des patients.
- **La finalité des actions:** La maximisation de l'efficacité du système.
- **L'attente envers le système:** Il doit fournir un cadre qui mette à l'abri la relation soignant/soigné de tout facteur perturbateur (des contraintes exogènes à l'approche du soignant).

### ***Le leitmotiv économique :***

- **L'objectif principal des acteurs :** Il faut rendre le système économiquement supportable.
- **Le moyen :** Il faut éliminer le gaspillage et diminuer l'incertitude afin de rendre les prestations le plus adéquates possibles.
- **La finalité des actions:** La maximisation de l'efficacité du système.
- **L'attente envers le système :** Il doit fournir un cadre qui permette le déploiement des forces régulatrices du marché libre.

### ***Le leitmotiv du gestionnaire :***

- **L'objectif principal des acteurs:** Le maintien de la fonctionnalité du système.
- **Le moyen :** Une approche pluridisciplinaire permettant de concilier les approches différentes des soignants, des économistes et des usagers. Le gestionnaire occupe le rôle d'interface entre les professionnels et les usagers.
- **La finalité des actions:** La stabilité du système.
- **L'attente envers le système :** Il doit fournir un cadre référentiel qui permette la prise en considération de toutes les contraintes, afin d'y trouver des réponses opérationnelles.

### ***Le leitmotiv politique :***

- **L'objectif principal des acteurs :** Il faut maintenir le degré de performance qualitative et quantitative du système, tout en étant moins coûteux.
- **Le moyen :** Il faut donner de l'appui politique aux mesures qui sont conjointement susceptibles d'apporter des économies et de trouver l'aval de la majorité de la population.
- **La finalité des actions :** A moyen terme, il s'agit de satisfaire la plus grande partie de la population possible (de l'utilisateur réel ou potentiel).
- **L'attente envers le système :** Il doit permettre de faire de la politique sanitaire concluante à moyen terme.

## **Chapitre VI : La complémentarité et l'incompatibilité des logiques**

Après avoir distingué les leitmotifs qui animent les acteurs, il importe d'évoquer un autre facteur important à la compréhension des comportements des acteurs. La

dynamique de transformation des systèmes sanitaires ne permet guère des comportements entièrement cohérents par rapport aux principes généraux d'action. Comme dans tout système d'action organisé, le phénomène du changement se traduit souvent par une remise en question des acquis socioprofessionnels et économiques des acteurs. L'adaptation de l'action collective au changement est susceptible de modifier considérablement les rapports de pouvoirs. « Si la transformation est un peu soit tant importante, certains acteurs perdront du pouvoir et de l'argent, et d'autres en gagneront. Dans la mesure où les transformations viseraient à modifier le pouvoir et la place des acteurs qui, dans le système actuel, sont dominants, il est bien évident que leur mise en œuvre posera des problèmes considérables. <sup>78</sup>»

De ce fait, la réalité contextuelle du système sanitaire peut produire des comportements réactionnaires, susceptibles d'être en contradiction avec les leitmotifs identifiés des acteurs. Il s'agit desdits comportements stratégiques, qui ne sont pas ou peu saisissables à partir de l'analyse des représentations. Ces comportements revêtent un caractère fort concurrentiel, et peuvent être, parmi d'autres facteurs, à l'origine de l'inflexibilité du système par rapport à des situations nouvelles<sup>79</sup>. Cependant, ces comportements stratégiques s'affaiblissent dès lors qu'un objectif précis est collectivement et explicitement établi. Les comportements stratégiques ainsi rendus évidents, ils sont immédiatement stigmatisés par la collectivité. La mise en place explicite de nouveaux repères collectifs déclenche donc un double processus : la convergence des représentations des acteurs et la diminution, sinon l'élimination des comportements stratégiques.

Dans ce contexte, les logiques d'action se veulent complémentaires. De manière coordonnée, les acteurs se mettent à la recherche de nouvelles solutions adaptées aux événements nouveaux<sup>80</sup>.

D'après les entretiens, le processus de mise en place du réseau semble être propice à une telle dynamique d'harmonisation des objectifs. Les représentations des éléments constitutifs du réseau de soins convergent. Le système sanitaire en tant que cadre législatif et politique de ce processus se caractérise en revanche par l'absence d'importants repères communs. Les logiques d'action des acteurs s'y avèrent concurrentielles et non complémentaires. Ce constat nous permet de clore l'analyse des données, avec la description des deux grands champs de représentations, construits sous l'angle des propositions théoriques développées au chapitre II.

### **La complémentarité des logiques et le processus d'harmonisation des objectifs : la naissance de la logique de proximité**

- ⇒ *Les champs des représentations convergentes se caractérisent par deux facteurs :*
  - les représentations ont été acquises lors d'un processus d'apprentissage, dans lequel chaque acteur a personnellement été impliqué ;
  - les phénomènes représentés s'inscrivent dans un projet concret ;
  - il apparaît une nouvelle logique d'action ou *de proximité* ;
- ⇒ Les acteurs semblent partager les objectifs concrets de leur coopération interdisciplinaire, et identifient les mêmes obstacles à la dynamique de leur projet.

---

<sup>78</sup> CONTANDRIOPOULOS A.-P., 1996, p.14.

<sup>79</sup> Cette inflexibilité des éléments constitutifs du système sanitaire est abondamment décrite dans la littérature, cf. par exemple KLEIBER C. : *Questions de soins*, Lausanne, Payot, 1992.

<sup>80</sup> Cf. les conclusions de l'analyse économique des conventions.

- ⇒ Les acteurs se veulent disposés à reconnaître les compétences des partenaires et affichent une volonté explicite de surmonter les problèmes en concertation avec eux.
- ⇒ En mettant en avant les lacunes du cadre extérieur à leur projet, les acteurs se montrent toutefois prudents quant à la réussite globale de leur projet.
- ⇒ Incités à mettre en relation leur projet avec le contexte économique et politique général, tous les acteurs émettent des doutes sérieux à l'égard du fonctionnement des réseaux à moyen et à long terme.

### **L'incompatibilité des leitmotifs et l'absence de repères unificateurs**

- ⇒ *Les champs des représentations divergentes se caractérisent par :*
  - un degré d'abstraction élevé des notions représentées <sup>81</sup>;
  - des analyses individuelles des phénomènes, ayant trait à des croyances et à un cadre normatif donné ;
- ⇒ Ainsi, les acteurs interrogés développent des argumentations concurrentielles sur la base de leitmotifs incompatibles : les objectifs respectivement mis en avant témoignent de repères fort différents <sup>82</sup>.
- ⇒ L'absence de repères unificateurs devient particulièrement évident dans les différentes visions des acteurs des objectifs du système sanitaire, de la crise de ce dernier et du rôle de l'Etat.

\* \* \*

---

<sup>81</sup> L' « Etat », la « crise », les « objectifs » du système..., sont des notions conceptuelles qui ne se définissent pas à travers les pratiques des acteurs.

<sup>82</sup> Guérison vs prévention, solidarité nationale vs responsabilité individuelle etc.

## **Troisième partie: L'interprétation des données**

La dernière partie de ce travail tente de faire la synthèse des différentes dimensions contextuelle, théorique et empirique qui ont été explorées dans les parties précédentes. L'hypothèse proposée en guise de conclusion se base sur un ensemble de postulats qui se fondent sur les résultats des approches théoriques et empiriques.

### **Chapitre VII : L'interdépendance des deux systèmes d'action**

L'analyse des données empiriques débouche sur l'affirmation de deux sphères distinctes : la première, caractérisée par des représentations convergentes et par l'émergence de la logique de proximité, qui semble correspondre à la réalisation du processus de construction du réseau de soins proprement dit. Quant à la seconde, plus abstraite dans la perception des acteurs, l'on y observe la divergence des représentations et, en conséquence, l'incompatibilité des logiques d'action.

Cette bipolarité manifeste incite à postuler l'existence de deux systèmes d'action organisés, tel que Contandriopoulos les définit<sup>83</sup>. En tenant compte des propositions théoriques de l'analyse économique des conventions, ce postulat implique deux affirmations intrinsèques :

- ⇒ premièrement, les propositions de l'analyse économique des conventions s'appliquent tant au micro-système qu'au macro-système. Il s'agit en conséquence de deux organisations coordonnées distinctes : d'un côté le système sanitaire dans le sens le plus large du terme, en tant qu'action collective impliquant l'ensemble de la population d'une région ou d'un pays donné ; de l'autre côté, le système sanitaire en tant que système local ou régional, organisé des professionnels de la santé d'un district, d'une région ou d'un pays donné.
- ⇒ Deuxièmement, les systèmes s'organisent autour d'un objet central et aspirent à la coordination de leurs actions relatives.

La coexistence des deux systèmes micro et macro ainsi postulée, il est évident qu'ils ne sont pas autonomes. Premièrement, ils partagent leur objet central, à savoir la santé, et deuxièmement, leurs actions collectives sont régies par les mêmes logiques d'action. De ce fait, les deux systèmes s'avèrent indissociables.

#### **La dynamique du micro-système**

Au travers de leur terrain d'action restreint, les acteurs du micro-système s'échangent moyennant des relations directes et fréquentes. Les interactions ainsi personnalisées, l'on constate l'émergence de phénomènes organisationnels tels que l'acteur collectif et la culture du réseau (culture de l'entreprise), favorisant à leur tour la production de repères collectifs locaux<sup>84</sup>. Dès lors, moyennant le processus d'institutionnalisation d'une nouvelle grille de lecture commune, se développe une

---

<sup>83</sup> Cf. Fig.1.

<sup>84</sup> Les acteurs développent leurs propres modalités d'organisation : les mécanismes de prise de décision, la répartition des tâches et des compétences, la formation de groupes de travail interdisciplinaires, l'harmonisation de la terminologie, etc.

perception collective cohérente des phénomènes rencontrés et des aléas imprévus<sup>85</sup>. La volonté explicite de coordination des acteurs crée un climat de confiance, qui lui permet d'affaiblir les a priori traditionnels et les rivalités historiques entre les partenaires. La diversité des approches n'est désormais plus un obstacle mais devient une source de créativité. L'orthodoxie historique fortement présente dans le champ sanitaire s'atténue et fait place à une nouvelle vision hétérodoxe du soigné. La coordination des actions débouche par conséquent sur la complémentarité des logiques d'action professionnelle, technocratique et économique. La convergence des logiques d'action s'apprête à produire des nouvelles compétences dans la prise en charge du soigné, grâce à une approche pluridisciplinaire, hétérodoxe et pragmatique.

En résumé, le partenariat naissant des acteurs sanitaires lors du processus de mise en place du réseau de soins doit être défini

- ⇒ en tant que micro-système organisé d'action, qui produit ses propres règles du jeu locales ;
- ⇒ et en tant que processus dynamique de coordination de l'action sanitaire collective, susceptible de produire des compétences nouvelles.

Toutefois, il convient de supposer que l'absence du point focal, dont l'importance fondamentale a été démontrée et que le degré faible d'objectivité de la notion de la santé perturbent considérablement le jeu des acteurs. Il en résulte l'impossibilité de l'acteur collectif d'ancrer les conventions nécessaires au déploiement délibéré des forces coordinatrices du micro-système. La dynamique de l'action collective locale touche ainsi à ses limites.

### **Le déséquilibre du macro-système**

Le macro-système se caractérise, quant à lui, par des échanges faiblement personnalisés et, de ce fait, par la difficulté de faire émerger « à distance » l'acteur collectif. L'absence du point focal, dont le macro-système lui seul est responsable, ainsi que le degré faible de l'objectivité de l'objet central se répercute directement sur les interactions du système. La coordination organisationnelle entre les acteurs repose largement sur un ensemble de directives étatiques unilatérales, qui ne peuvent servir de repères collectifs. Autrement dit, la logique démocratique ne parvient pas à structurer le jeu des logiques d'action du système sanitaire par voie de négociation. Dans ce sens, elle s'efforce de décréter des règles du jeu singulières, qui elles sont naturellement contestées par l'ensemble des acteurs. On peut supposer que, face à une problématique aussi complexe que celle de la crise du système sanitaire, la logique démocratique s'est dispersée dans sa quête de solutions ponctuelles<sup>86</sup>. C'est ainsi que des enjeux proprement politiques se sont appropriés d'elle. Cependant, ces derniers se caractérisent par une vision du système sanitaire à court ou à moyen terme, notamment en temps de crise. De ce fait, les mesures politico-sanitaires sont jugées incohérentes par l'ensemble des acteurs. Il en résultent des rapports de force entre les différentes logiques d'action qui adoptent par conséquent un caractère fort concurrentiel.

La forte tension qui règne de cette façon au niveau du macro-système rend totalement impossible la négociation collective des objectifs de soins. Elle occulte pour ainsi dire les vrais enjeux sanitaires, sociaux et économiques. Enfin, elle

---

<sup>85</sup> La consultation préalable des partenaires face à une décision importante que doit prendre un acteur donné en est un exemple: l'éventuel changement de mission d'une institution en regard de la transformation nécessaire d'un bâtiment n'appartient plus au seul acteur formellement responsable de la décision.

<sup>86</sup>

semble étouffer le caractère visionnaire de certaines mesures de réforme qui, sur un plan conceptuel, indiquent des solutions globales possibles<sup>87</sup>.

Cette situation conflictuelle, qui de plus ne cesse d'entraîner des polémiques à tous les niveaux<sup>88</sup>, ne permet guère la production de repères collectifs. Aucun paradigme ni biomédical ni médico-social ni économique ne semble, à l'heure actuelle, pouvoir mettre en place le point focal dont le système sanitaire a besoin.

De ce fait, la coordination entre les différentes logiques d'action du macro-système est impossible. La divergence des représentations des acteurs débouche sur une multitude d'objectifs différents, qui découlent essentiellement d'une vision partielle du système et de ses problèmes. Les leitmotifs des acteurs sont par conséquent déterminés par des intérêts hétérogènes et restent figés dans leur incompatibilité. Le macro-système est manifestement en déséquilibre.

## **Chapitre VIII : Le réseau de soins, une utopie opérationnelle ? Conclusion.**

La négociation des objectifs de soins au niveau du macro-système est indispensable pour que les représentations des acteurs convergent à tous les niveaux du système sanitaire. Les objectifs de soins ainsi explicités se répercuteront, à travers les deux processus générateurs, sur les règles du système. Dès lors, les actions collectives des deux systèmes micro et macro se coordonneront. Le processus de la construction collective de l'objet, de la santé, se dynamise et contribue à son tour à la stabilisation des systèmes. De cette manière se met en marche un processus dialectique qui amène progressivement les systèmes micro et macro vers une nouvelle stabilité de l'ensemble du système sanitaire. Une utopie ?

Les approches théoriques et empiriques de la présente recherche démontrent que la construction du réseau de soins, en tant que micro-système organisé d'action, est susceptible de rendre complémentaire les logiques d'action. Les différentes approches des acteurs, auparavant figées dans leur hétérogénéité traditionnelle, s'ouvrent et se coordonnent dans la dynamique du processus de construction collective.

« Pour qu'une réforme puisse avoir lieu, il faut que les différents acteurs concernés par cette réforme alignent leurs intérêts, leurs intentions, leurs convictions, leurs perceptions autour d'un projet »<sup>89</sup>. Pour A.-P. Contandriopoulos, il s'agit de se demander comment on peut amener les acteurs à former une coalition autour d'un projet de réforme, « qui transformerait de façon suffisante le système de soins pour corriger les problèmes existants, tout en sachant que cette transformation modifiera le système d'allocation des ressources et de l'autorité entre les différents acteurs »<sup>90</sup>.

On est tenté de lui répondre que le processus de construction d'un réseau de soins constitue en effet un projet susceptible de rassembler les acteurs et de former une coalition. Les entretiens le démontrent clairement. En revanche, pour que les représentations convergentes des acteurs puissent développer toutes les forces de mobilisation et de réorganisation des ressources, le problème de la divergence des

---

<sup>87</sup> Par rapport aux NOPS, les acteurs dénoncent, par exemple, que seules les mesures susceptibles d'apporter des économies à court terme bénéficient d'un soutien politique.

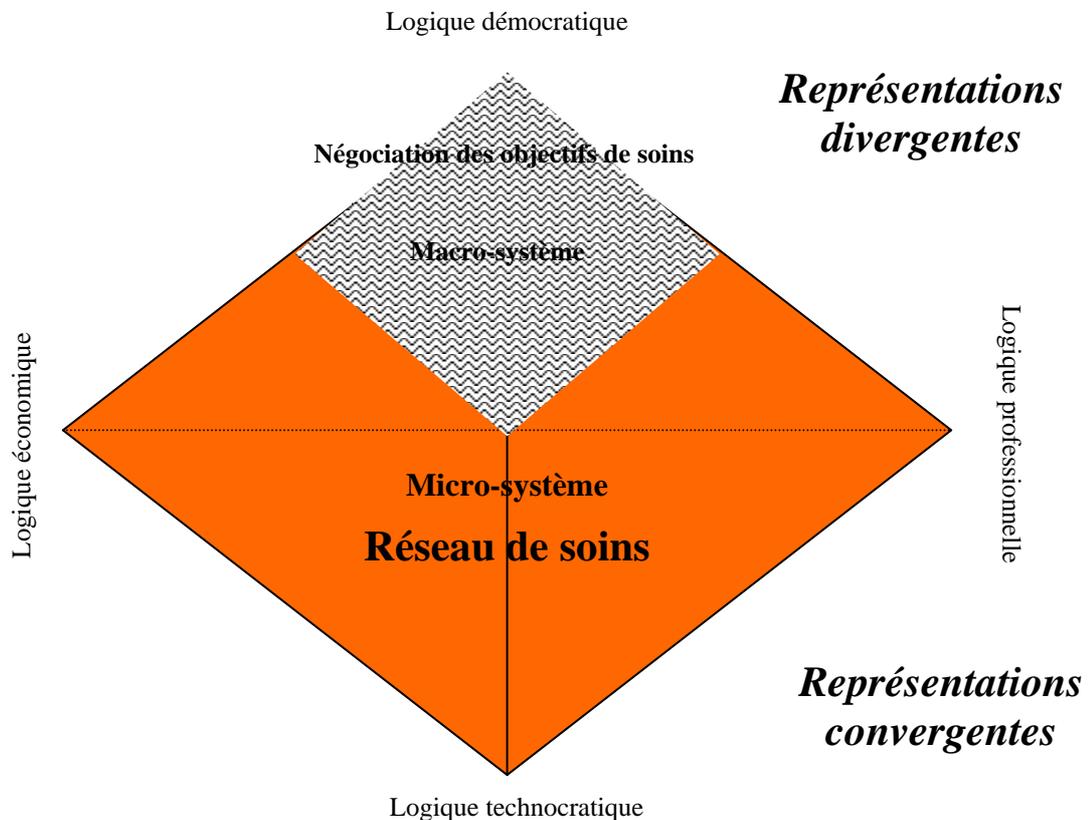
<sup>88</sup>

<sup>89</sup> CONTANDRIOPOULOS, 1996, p.14.

<sup>90</sup> Idem

représentations au niveau du macro-système doit être résolu. Dans ce sens, le micro-système est handicapé par le handicap du macro-système (cf. Fig.5).

**Figure 5. : L'articulation du micro- et du macro-système**



Source : Baeuchle, 2000

Les objectifs de soins doivent être négociés explicitement, les acteurs sanitaires doivent savoir où l'on va. Si « l'enjeu consiste donc à trouver quels sont les verrous qui devront être supprimés pour amener les acteurs à s'engager dans un processus qui, à terme, transformera de façon importante le système »<sup>91</sup>, les acteurs du macro-système doivent proposer davantage que des mesures politico-sanitaires fragmentées.

L'existence formelle d'un paquet de réforme tel que les NOPS ne peut, à lui seul, faire converger les comportements des acteurs. Les acteurs nous démontrent en revanche que la coopération active est susceptible d'être génératrice d'un processus dynamique, mais qu'elle doit impérativement être orientée par un point focal, par une logique démocratique cohérente, explicite et visionnaire. La logique démocratique, en tant que telle, se doit de fournir un mandat clair aux acteurs sanitaires, et ne peut se contenter de privilégier de manière aléatoire certaines mesures sanitaires en fonction de la seule réalité politique.

A l'heure actuelle, la réalisation des réseaux de soins soulève par conséquent un ensemble de *questions fondamentales* pour la réussite de l'entreprise. La dynamique locale d'interaction

<sup>91</sup> Idem, p.15.

- est-elle capable de mettre en place son propre point focal autonome, c'est à dire de déclencher un processus d'autonomisation du micro-système ?
- ou contribuera-t-elle de manière décisive à l'émergence d'une nouvelle vision démocratique, explicite et cohérente, permettant d'orienter les autres logiques d'action?

En d'autres termes, la *nouvelle coopération entre les acteurs sanitaires*

- amènera-t-elle vers une décomposition du système sanitaire, moyennant un processus de transfert des compétences ?
- ou parviendra-t-elle au contraire à renforcer la stabilité du système sanitaire dans sa globalité ?

Tels sont les enjeux du défi de la coopération des acteurs sanitaires dans la mise en place des réseaux de soins.

\* \* \*

## **Chapitre IX : Postface**

Le processus de construction du réseau de soins en tant que micro-système, parvient à établir ses propres règles du jeu locales mais s'avère néanmoins perturbé par le déséquilibre du macro-système supra-local.

Partant d'une telle vision systémique, les représentations divergentes des acteurs dénoncent la faiblesse actuelle de la logique démocratique de structurer le système sanitaire dans sa globalité. Celle-ci semble être largement déterminée par la réalité politique, qui elle s'exerce sur les modalités d'organisation du système sanitaire.

De par sa capacité de structurer les autres logiques, la logique démocratique doit assumer, particulièrement en période de crise, un rôle de visionnaire. Sa faiblesse, qui se manifeste dans l'incohérence des mesures politiques prises, empêche ainsi la construction collective de repères centraux dans le système sanitaire. De ce fait, la finalité de l'action sanitaire ne peut être établie de manière homogène. Les représentations des acteurs, découlant des logiques d'action concurrentielles, divergent.

Or, malgré sa capacité de produire des repères collectifs locaux, le micro-système ne peut y remédier. La négociation des objectifs de soins constitue un processus fortement dépendant de la stabilité du macro-système. Dans ce sens, les acteurs impliqués dans la construction du réseau de soins ne sont pas en mesure d'atténuer les obstacles liés à l'incertitude sur la finalité de leur action.

Toutefois, la dynamique grandissante qu'engendre la coopération des acteurs au sein du micro-système peut servir de modèle pour les règles du jeu du macro-système. Les nouvelles formes de coopération que proposent et réalisent les professionnels de la santé à travers la mise en place des réseaux de soins, sont susceptibles d'inspirer l'ensemble des acteurs du système sanitaire.

La crise que traversent tous les systèmes sanitaires des pays développés ne peut être surmontée moyennant des solutions essentiellement locales et ponctuelles. Son ampleur exige des actions collectives, coordonnées et concertées à *tous les niveaux* de l'action sanitaire. La mise en place des réseaux de soins présente les caractéristiques d'une telle action. Pour la logique démocratique, il s'agit désormais de la reconnaître en tant que telle et de la valoriser.

Mais, à l'heure actuelle, la logique démocratique semble ignorer son rôle de visionnaire : elle prescrit la coopération, mais sans réellement y participer. Elle délègue ses responsabilités aux professionnels de la santé, sans leur donner les moyens de les assumer.

La crise du système sanitaire n'est plus à affirmer. Dès lors, elle doit être avouée par l'ensemble des acteurs sanitaires, et plus particulièrement par la réalité politique. C'est à celle-ci de proposer une nouvelle vision cohérente à l'ensemble des acteurs du système sanitaire. Ils l'attendent.

## **Bibliographie**

BOLTANSKI L., THEVENOZ L. : *Les économies de la grandeur*, Cahier du C.E.E., série Protée, No 31, C.E.E. et PUF, 1987

BOURDIEU P. : *Raisons pratiques*, Paris, Editions de Minuit, 1994

CONTANDRIOPOULOS A.-P. : Transformer le système de santé, in *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol.3, No 1, 1996, pp.10-17

CONTANDRIOPOULOS A.-P. : Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statut quo impossible, in *Ruptures*, vol.1, No 1, 1994, pp.8-26

CONTANDRIOPOULOS P.-A., LAURISTIN M., LEIBOVICH E. : Values , normes and reform of health care systems, in *Critical challenges for health care reform in Europe*, State of Health, 1989, pp.339-370.

ORLEANS A. (dir.) : *Analyse économique des conventions*, Paris, PUF, 1994

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L. : *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995

THEVENOT L. : Equilibre et rationalité dans un univers complexe, in *Revue Economique*, 40 (2), mars,1989

\* \* \*

## **Annexe 2 : Les synthèses des entretiens**

### **Entretien no 1**

**Dr Raymond Fonjallaz\***, médecin généraliste FMH, libre praticien, Vaud/Suisse

#### **Termes employés :**

- ⇒ Usager ;

#### **La vision de la coopération :**

- ⇒ travailler en commun ;
- ⇒ partager les informations pertinentes ;
- ⇒ répartir des tâches en fonction des compétences de chacun ;
- ⇒ nécessite une infrastructure de communication ;
- ⇒ nécessite la connaissance de l'autre ;
- ⇒ nécessite de la volonté

#### **La vision de l'information :**

- ⇒ qualité supérieure de l'information de première source ;
- ⇒ échelon hiérarchique des informations : médical, social vs administratif ;
- ⇒ amélioration qualitative des systèmes d'informations n'est pas possible ;
- ⇒ seule amélioration possible : plus grande rapidité dans la transmission ;
- ⇒ banque de données médicales centralisée : dangereux et illusoire ;

#### **La vision du réseau de soins :**

- ⇒ interaction entre soignants et soignés ;
- ⇒ institutions/entités qui fonctionnent en soi ;
- ⇒ canaux ouverts pour la circulation des informations : « la bonne information à la bonne place » ;
- ⇒ amélioration de la prise en charge essentiellement en dehors des soins : domaines administratifs, question ressources humaines, gestion et économie ;
- ⇒ replacer la notion de solidarité au sein des réseaux ;
- ⇒ le réseau = instrument qui permettrait de le faire ;

#### **Le vision du processus de construction du réseau :**

- ⇒ amélioration de la connaissance de l'autre (prestataire de soins) ;
- ⇒ relations plus personnelles ;
- ⇒ prise de conscience des professions médicales ;
- ⇒ amélioration de la communication ;
- ⇒ répartition des tâches devenue plus explicite au niveau du réseau

#### **La vision des obstacles dans ce processus :**

- ⇒ manque de clarté dans les positions des pouvoirs publics ;
- ⇒ contradictions dans ses directives (liberté vs contrôle) ;

#### **La vision du système de soins :**

- ⇒ dilemme : répondre aux demandes des usagers et aux exigences des l'Etat ;

---

\* Tous les noms propres cités ci-dessous sont fictifs, y compris les noms des établissements.

- ⇒ système extrêmement compliqué de demande et de contraintes ;
- ⇒ système non planifié ;
- ⇒ doit garantir l'équité de traitement et l'accès de tous aux soins appropriés ;

**La vision de la crise et des problèmes du système :**

- ⇒ multiplication et diversification des prestataires de soins (notamment en ville) ;
- ⇒ gain de pouvoir des professions soignantes (infirmières) ;
- ⇒ changements démographiques : évolution de la morbidité et urbanisation ;
- ⇒ explosion générale de l'offre et de la demande ;
- ⇒ restrictions financières sont secondaires ;
- ⇒ la notion de solidarité abandonnée par les politiques ;
- ⇒ un système aussi complexe est en crise permanente (peut-être une vertu?)
- ⇒ problème de la définition de la santé : problème insoluble ;

**La vision des mesures politiques :**

- ⇒ délégation des responsabilités : Etat vers réseaux ;
- ⇒ restrictions sur l'offre et sur la demande (LAMal) ;
- ⇒ recherche de libéralisation du système, de faire jouer le marché ;
- ⇒ paradoxal: « déréglementation réglementé » ;
- ⇒ les NOPS : désengagement des pouvoirs publics (financier et organisationnel);
- ⇒ les mesures politiques proprement dites : réduction de la crise à sa dimension financière ;
- ⇒ Trop de contraintes liés à la dimension financière ;

**Evaluation globale de la situation :**

- ⇒ les dix dernières années : révolution culturelle pour les professions médicales ;
- ⇒ changement au niveau des professions médicales est fait ;
- ⇒ les réseaux : chance de réintroduire la solidarité comme principe d'action ;
- ⇒ s'abstenir d'accuser aveuglement le système actuel ;
- ⇒ discours de « qualité » et de ses mesures : alibi ?
- ⇒ davantage d'informations : danger de mainmise de la société sur l'individu ?
- ⇒ crise insoluble ; on ne peut que de la gérer ;
- ⇒ il faudrait refondre le système d'assurance maladie ;
- ⇒ il faut oser d'aller jusqu'au bout : plus de marge de manœuvre pour les réseaux ;
- ⇒ faire attention que le reste du « social » ne souffre pas des difficultés du système sanitaire ;

**La vision de sa situation professionnelle :**

- ⇒ position sociale-libérale ;
- ⇒ son rôle : « aider les gens à vivre » ;
- ⇒ par rapport au réseau : porte d'entrée et de sortie ;

\*

\*

\*

## Entretien no 2

**Anne-Marie Lehmann**, infirmière de liaison  
(de Santé publique) de l'Hôpital de zone du Bon Samaritain,  
Vaud/Suisse

### **Termes employés :**

⇒ le patient, le demandeur ;

### **La vision de la coopération :**

⇒ gain non seulement financier de la coopération, mais aussi moral ;

### **La vision de l'information/communication :**

⇒ il faut qu'elles soient claires, fiables et rapides ;

⇒ sinon, de l'information sans valeur ;

⇒ importances des « informations relationnelles »/de première source ;

### **La vision du réseau de soins :**

⇒ définition claire des champs de compétence ;

⇒ rapports transparents entre les partenaires ;

⇒ doit être à l'avantage du patient : éviter du temps, de l'énergie et du stress pour le patient ;

### **La vision du processus de construction du réseau :**

⇒ les partenaires collaborent de mieux en mieux ;

⇒ l'information passe mieux ;

⇒ amélioration de la connaissance des partenaires ;

### **La vision des obstacles dans ce processus :**

⇒ la modification des comportements des gens = processus long ;

### **La vision du système de soins :**

⇒ seul objectif : faire mieux avec moins ;

⇒ on a tendance à responsabiliser les patients « potentiels » ;

⇒ la prévention devrait être plus développée ;

⇒ nécessité de rendre plus équitable le système : certains patients sont privilégiés ;

### **La vision de la crise et des problèmes du système :**

⇒ un problème de financement ;

⇒ un problème démographique très important ;

⇒ la transformation de la morbidité ;

⇒ le progrès technologique => explosion de l'offre ;

⇒ une grande pression de la part de la population, qui est de mieux en mieux informée (médias) ;

⇒ système qui incite à la consommation inadéquate ;

### **La vision des mesures politiques :**

⇒ il faudrait mener une politique sociale plus encourageante pour faire marcher le système à long terme ;

⇒ pour que les comportements changent, il faudrait plutôt mener une politique qui permette une prise de conscience,

- ⇒ les mesures politiques sont peu connues, et pas toujours cohérentes ;
- ⇒ le contexte politique est très opaque et pas explicité ;
- ⇒ ce qui engendre un désintérêt de la population ;

**Evaluation globale de la situation :**

- ⇒ tendance à vouloir faire de manière la plus efficace possible, mais ce n'est pas toujours la manière la plus agréable pour le patient ;
- ⇒ il est difficile de mesurer la qualité ;
- ⇒ il doit y avoir une modification des comportements à tous les niveaux ;
- ⇒ il nous faut de la motivation (aux professionnels de la santé) ;

**La vision de sa situation professionnelle :**

- ⇒ « un maillon de la chaîne de soins » ;

\*

\*

\*

### **Entretien no 3**

**Annabelle Strehler**, directrice adjointe de « Home-Sweet-Home »,  
association de soins à domicile, Vaud/Suisse

#### **Termes employés :**

⇒ client, « bénéficiaire d'une prestation coordonnée » ;

#### **La vision de la coopération :**

- ⇒ un « mode d'action en réseau » ;
- ⇒ une logique, un mode de penser ;
- ⇒ « la capacité des différents partenaires de fixer des priorités de santé » ;
- ⇒ responsabilités partagées ;
- ⇒ nécessité de la volonté ;

#### **La vision de l'information/communication :**

- ⇒ information doit servir à mieux connaître les prestations et les compétences des autres ;
- ⇒ il y a de l'information « formative » : maintenance et création de nouvelles compétences ;
- ⇒ l'information est un outil pour renforcer la collaboration ;
- ⇒ la communication doit renforcer la « culture du réseau ».
- ⇒ le système d'information valoriser le produit nouveau (les prestations « réseau ») ;

#### **La vision du réseau de soins :**

- ⇒ c'est la mise en œuvre de la coopération ;
- ⇒ l'acquisition du « réflexe réseau » : comment puis-je associer l'autre ?
- ⇒ fondamental : l'approche pluridisciplinaire productrice d'une nouvelle prestation ;
- ⇒ les domaines d'activités seront explicitement définies ;
- ⇒ le produit final : la capacité d'accompagner son client à travers des étapes, en évaluant ses besoins et en proposant les prestations adéquates ;

#### **La vision du processus de construction du réseau :**

- ⇒ un processus révolutionnaire et long, en train aboutir ;
- ⇒ un processus nécessitant l'envie et la motivation ;
- ⇒ la vision commune : c'est ça le moteur incitatif ;
- ⇒ un processus d'apprentissage qui nécessite que les objectifs soient explicités ;

#### **La vision des obstacles dans ce processus :**

- ⇒ le manque de vision des acteurs concernés ;
- ⇒ les préoccupations matérielles prévalent ;
- ⇒ il y a confusion entre les mesures de restructuration et la constitution en mise réseau ;

#### **La vision du système de soins :**

- ⇒ notre système est un système des pays riches ;
- ⇒ c'est un grand employeur ;
- ⇒ un système caractérisé par la multitude d'objectifs ;
- ⇒ on devrait parler en terme d'objectifs de santé, comme par exemple « le virage ambulatoire » (axe préventif, « démurialisation » des soins) ;
- ⇒ n'a pas d'objectifs explicites ;

### **La vision de la crise et des problèmes du système :**

- ⇒ une crise de financement : les coûts deviennent visibles pour le client ;
- ⇒ c'est un long processus de redéfinition des objectifs et des prestations du système ;
- ⇒ la crise qui est devenue un problème social de grande importance ;
- ⇒ absence d'objectifs communs ;
- ⇒ un système concentré sur sa propre survie ;

### **La vision des mesures politiques :**

- ⇒ il y a une volonté de rationalisation et de restructuration ;
- ⇒ la volonté de distribuer plus rationnellement les ressources ;
- ⇒ il y a beaucoup de mesures (not. légales), mais absence d'un plan directeur ;
- ⇒ les NOPS : le client n'est pas mis au centre ;
- ⇒ ils ne proposent pas de vision ;

### **Evaluation globale de la situation :**

- ⇒ le système sanitaire n'existe pas en tant que tel : il y a des sous-groupes ;
- ⇒ il y a un fossé entre les « objectifs de santé », et les objectifs politiques ;
- ⇒ les liens ne sont pas suffisamment explicites ;
- ⇒ toutefois, il ne faut pas de catastrophisme par rapport à la crise ;
- ⇒ il s'agit de limiter le vrai gaspillage ;

### **La vision de sa situation professionnelle :**

- ⇒ « gestionnaire soignante de programme de santé ;

\*

\*

\*

## **Entretien no 4**

**Laure Arcady**, directrice de la fondation « Arc-En-Ciel »,  
établissements médico-sociaux, Vaud/Suisse

### **Termes employés :**

⇒ patient, bénéficiaire ;

### **La vision de la coopération :**

- ⇒ le partage des ressources et des difficultés ;
- ⇒ se base essentiellement sur la volonté ;
- ⇒ nécessite de la transparence ;
- ⇒ nécessite une culture commune : le respect des compétences de l'autre ;

### **La vision de l'information/communication :**

- ⇒ dans un contexte de coopération, l'information sur l'autre est indispensable ;
- ⇒ il y a de l'information « technique » (transparence institutionnelle par rapport à la mobilité du personnel) et de l'information « relationnelle » (les objectifs de soins de l'autre) ;
- ⇒ nécessite de la concertation régulière ;

### **La vision du réseau de soins :**

- ⇒ la mise en avant de la complémentarité des acteurs ;
- ⇒ aboutit à l'harmonisation des ressources et des produits ;
- ⇒ susceptible de produire de la culture commune ;

### **La vision du processus de construction du réseau :**

- ⇒ la vision du réseau s'est précisée : prise de conscience des prestataires ;

### **La vision des obstacles dans ce processus :**

- ⇒ peur du changement, parce que la finalité n'est pas explicite ;
- ⇒ la méconnaissance du résultat ( ex : que vont devenir les organisations faitières) ;
- ⇒ il y a un flou dans la définition du patient : de l'acteur à l'agent ?
- ⇒ coût supplémentaire qui doit devra se justifier ;
- ⇒ encore un manque d'information sur l'autre ;
- ⇒ la transparence nécessite que les objectifs soient explicites ;

### **La vision du système de soins :**

- ⇒ dilemme : quête de meilleures prestations aux moindres coûts ;
- ⇒ le système vit au-dessus de ses moyens ;
- ⇒ le système incite à l'exigence ;
- ⇒ le système est inflationnaire ;

### **La vision de la crise et des problèmes du système :**

- ⇒ la crise affirmée avant tout par les payeurs ;
- ⇒ il y a un problème réel d'évolution démographique ;
- ⇒ la dimension politique n'arrive plus à assumer sa part ;
- ⇒ « l'Etat n'a plus les moyens de ses ambitions » ;
- ⇒ décalage entre les politiques et les prestataires/bénéficiaires ;
- ⇒ le manque du lien ressources – moyens – résultats ;

**La vision des mesures politiques :**

- ⇒ des actions politiques essentiellement restrictives ;
- ⇒ un transfert de responsabilités et des charges : Etat vers les professionnels de la santé ;
- ⇒ on ressent les ambitions de « précurseur » de l'Etat ;
- ⇒ les mesures ne sont pas réalistes : contradiction restrictions ⇔ exigence de qualité ;

**Evaluation globale de la situation :**

- ⇒ le patient ne s'aperçoit que de la dimension financière de la crise ;
- ⇒ si on veut changer, il faut agir sur les attentes de la population ;
- ⇒ il faut que chaque acteur connaisse les objectifs : condition sine qua non pour que les comportements convergent ;
- ⇒ globalement, il manque le « Leitmotiv » : et pour le patient, et pour le professionnel ;

**La vision de sa situation professionnelle :**

- ⇒ en tant que gestionnaire de la santé : de faire au mieux de sa conscience ;
- ⇒ très forte identification avec l'établissement ;

\*

\*

\*

## **Entretien no 5**

**Gilbert Kalbfuss**, directeur de l'Hôpital de zone du  
Bon Samaritain, Vaud/Suisse

### **Termes employés :**

⇒ Clients, bénéficiaire, usager ;

### **La vision de la coopération :**

- ⇒ la définition des objectifs communs;
- ⇒ l'accomplissement d'objectifs collectivement définis ;
- ⇒ la sensibilisation de chacun ;
- ⇒ un contexte où chacun apprend de l'autre ;
- ⇒ le détachement de son intérêt propre ;

### **La vision de l'information/communication:**

⇒ un moyen primordial pour sortir de la crise ;

### **La vision du réseau de soins :**

- ⇒ le réseau : une logique de collaboration ;
- ⇒ le partage des responsabilités ;
- ⇒ l'organisation des actions autour du bénéficiaire ;

### **La vision du processus de construction du réseau :**

- ⇒ un processus d'imposition de la logique réseau ;
- ⇒ un processus d'harmonisation des représentations et des logiques d'action ;
- ⇒ la diffusion progressive de la culture réseau ;
- ⇒ le développement de la confiance ;

### **La vision des obstacles dans ce processus :**

- ⇒ la méfiance envers l'autre ;
- ⇒ les craintes de perte d'autonomie ;
- ⇒ il y a des comportements opportunistes ;
- ⇒ le projet est trop formel : entrave à la dynamique ;
- ⇒ la question « culturelle » n'est pas bien gérée : où est le cadre général ?
- ⇒ flou dans la finalité : décharge de l'Etat sur les réseaux ;

### **La vision du système de soins :**

- ⇒ le paradigme de guérison prévaut ;
- ⇒ c'est la prise en charge des « faibles » (accompagnement, éducation) ;
- ⇒ c'est aussi la recherche fondamentale et appliquée ;
- ⇒ critique : objectifs de santé (prévention) ne fait pas le poids par rapport au paradigme de la guérison ;
- ⇒ il faudrait axer plus sur l'éducation et sur la formation des clients ;

### **La vision de la crise et des problèmes du système :**

- ⇒ la crise : rupture par rapport à la routine, qui prend un caractère dramatique
- ⇒ les quatre axes de la crise :
  - changements de pratique et de la technologie
  - phénomènes démographiques ;
  - précarité des moyens ;

- culturel : les habitudes (attentes) de la population ;
- ⇒ résultat :
- création de nouveaux besoins qui engendre la crise de financement ;
- création d'attentes unilatérales des clients (déséquilibre droits vs devoirs) : la crise « culturelle » ;

**La vision des mesures politiques :**

- ⇒ devraient faire pression sur les représentations des clients : rôle de formateur et d'éducateur de l'Etat ;
- ⇒ l'Etat devrait faire un travail de marketing ;
- ⇒ il faudrait expliciter les limites des attentes ;
- ⇒ plutôt un travail de promotion de l'existant au lieu de chercher de nouvelles voies ;
- ⇒ des actions axés sur l'offre (économies), mais sans vision compensatrice ;
- ⇒ les mesures focalisent l'attention sur les problèmes techniques ;

**Evaluation personnelle de la situation :**

- ⇒ crise : problème de marketing, satisfaction se transforme en insatisfaction ;
- ⇒ Etat : mauvais communicateur, mauvaise promotion des projets ;

**La vision de sa situation professionnelle :**

- ⇒ gestionnaire d'institutions de santé ;
- ⇒ interface entre l'utilisateur et les professionnels ;
- ⇒ tentative de pousser à des actions plus globales dans la santé ;

\*

\*

\*

## **Entretien no 6**

**Gustave Lefort**, secrétaire général d'une Fédération cantonale des assureurs-maladie, Suisse

### **Termes employés :**

⇒ les assurés ;

### **La vision de la coopération :**

⇒ ( - )

### **La vision de l'information/communication :**

⇒ ( - )

### **La vision du réseau de soins :**

- ⇒ le décloisonnement des fournisseurs de soins ;
- ⇒ il n'amènera pas vers des économies ;

### **La vision du processus de construction du réseau :**

⇒ un processus d'harmonisation des comportements des fournisseurs ;

### **La vision des obstacles dans ce processus :**

⇒ l'absence d'un cadre de référence cantonale ;

### **La vision du système de soins :**

- ⇒ doit répondre aux besoins réels de la population ;
- ⇒ le système doit de définir ces besoins et de les expliciter ;
- ⇒ il doit répondre à des critères d'équité (Vaud : problème des régions périphériques) ;
- ⇒ la nécessité de définir ce qui relève de la politique de santé (prévention etc.);

### **La vision de la crise et des problèmes du système :**

- ⇒ contexte économique difficile ;
- ⇒ secteur social qui absorbe relativement trop par rapport aux autres secteurs ;
- ⇒ l'hypersensibilité de la population : débat permanent de crise ;
- ⇒ une maîtrise insuffisante des coûts qu'engendre le système (« explosion des coûts ») ;
- ⇒ problème de « démographie médicale » ;
- ⇒ les habitudes de consommations, particulièrement des « latins » ;
- ⇒ en Suisse : conflits de compétence canton vs confédération ;
- ⇒ les erreurs dans le passé : enveloppes budgétaires trop chargées ;
- ⇒ la planification globale (vision) est absente dans le passé et dans le présent ;
- ⇒ d'autres problèmes (économiques) confondus dans la politique sanitaire;

### **La vision des mesures politiques :**

- ⇒ confusion : politique sanitaire et politique d'économie (« la poudre aux yeux »);
- ⇒ elles empêchent une véritable planification sanitaire ;
- ⇒ les mesures fédérales et cantonales sont contradictoires ;
- ⇒ Canton de Vaud : beaucoup de mesures innovatrices, mais coûteuses et peu d'effets ;
- ⇒ Les mesures ne se répercutent pas sur les coûts du système ;
- ⇒ la politique devrait veiller à la santé en tant que droit du citoyen ;

- ⇒ les mesures ne sont pas explicites, on ne sait pas où l'on va ;
- ⇒ le seul objectif des mesures : l'économie ;

**Evaluation globale de la situation :**

- ⇒ en Suisse : les cantons se concentrent trop sur eux-mêmes ;
- ⇒ l'absence de concertation politique et sanitaire ;
- ⇒ l'absence d'éléments de comparaison ;
- ⇒ la stabilisation des coûts et la réorganisation du système doivent aller de paire ;
- ⇒ la tendance générale (cf. LAMal): système hybride entre libéralisation et contrôle étatique ;
- ⇒ la nécessité de changement d'habitudes ;
- ⇒ la nécessité de compréhension de la population ;
- ⇒ il faut lutter pour le maintien d'une large couverture de l'assurance de base : prestations complémentaires doivent être des prestations de confort ;

**La vision de sa situation professionnelle :**

- ⇒ défenseur des intérêts des assurés ;

\*

\*

\*

## **Entretien no 7**

**Jean-Claude Bukowski**, responsable administratif,  
Service de la Santé publique, Etat de Vaud

### **Termes employés :**

⇒ patient ,client ;

### **La vision de la coopération :**

- ⇒ des engagements formalisés : conventions, contrats ;
- ⇒ des points de repère communs : protocoles , recommandations ;
- ⇒ nécessité de l'apprentissage

### **La vision de l'information/communication :**

- ⇒ il y a une hiérarchie des informations : fédérales et cantonales ;
- ⇒ l'importance d'avoir des informations sur le patient et sa trajectoire ;
- ⇒ aide à définir la bonne pratique ;

### **La vision du réseau de soins :**

- ⇒ modèle organisationnel qui accélère la remise en question du système actuel ;
- ⇒ dispositif nouveau : le paradigme est la trajectoire du patient ;
- ⇒ c'est un regroupement et la rationalisation des fonctions administratives/logistiques ( du backoffice) ;
- ⇒ il permet un rapprochement des cultures ;

### **La vision du processus de construction du réseau:**

- ⇒ une volonté surprenante des prestataires de soins ;
- ⇒ une dynamique plus forte des prestataires que des politiques ;
- ⇒ c'est la réunion de toute la chaîne de soins autour de la table ;
- ⇒ le développement de nouvelles compétences : chance d'établir un véritable projet de soins ;

### **La vision des obstacles dans ce processus :**

- ⇒ l'insuffisance de l'appui politique : ils n'ont pas saisi le nouveau paradigme ;
- ⇒ la résistance des milieux administratifs : peur du changement ;
- ⇒ l'hôpital devient un centre de charge ;
- ⇒ Interférences des mesures de restructuration et de planification par rapport à la mise en place des réseaux ;

### **La vision du système de soins :**

- ⇒ l'objectif : le rétablissement des conditions de santé dégradées (reculer la mort) ;
- ⇒ l'engagement de la société pour diminuer l'incertitude et la souffrance ;
- ⇒ il devrait être un projet social : approche plus systémique du patient ;
- ⇒ l'objectif général : « le mieux pour chacun au prix économique »

### **La vision de la crise et des problèmes du système :**

- ⇒ « notre capacité de financer ne suit pas notre capacité de consommer »
- ⇒ contradiction fondamentale entre l'évolution des pratiques (modèle biomédical/de guérison), et l'évolution des besoins, et notre capacité d'y répondre ;
- ⇒ l'incapacité de suivre les trajectoires singulières de ce modèle ;
- ⇒ un excès de liberté chez les prestataires et chez le patient ;

- ⇒ c'est la remise en question du modèle actuel ;
- ⇒ l'incertitude par rapport à la politique sanitaire fédérale : obligation de faire des conventions Assureurs/organismes faitiers pourrait tomber ; libre choix du médecin également ;

**La vision des mesures politiques :**

- ⇒ il faut faire la distinction entre la dimension politique et la dimension technocrate (frein/moteur) ;
- ⇒ le niveau politique : il y a un défaut d'information ;

**Evaluation globale de la situation :**

- ⇒ peu de temps à disposition : menace des assureurs ;
- ⇒ d'ici 4 à 6 ans : assureurs seront capable d'organiser la chaîne de soins : il faut éviter cela ;

**La vision de sa situation professionnelle :**

- ⇒ un « agent de réforme : un acteur qui travaille sur l'appui au changement ;
- ⇒ trop loin de l'application ?

\*

\*

\*

## **Entretien no 8**

**Henri De La Combe**, responsable politique,  
Etat de Vaud

### **Termes employés :**

⇒ Population, citoyen ;

### **La vision de la coopération :**

⇒ nécessite des incitatifs financiers : les projets doivent être réalisés, mais il en manque souvent les moyens ;

### **La vision de l'information/communication :**

⇒ (-)

### **La vision du réseau de soins :**

⇒ un moyen pour associer la qualité des prestations au prix ;

### **La vision du processus de construction du réseau :**

⇒ il y a une ouverture positive des professionnels de la santé ;

### **La vision des obstacles dans ce processus :**

- ⇒ trop de rétention des professionnels de la santé ;
- ⇒ les comportements de corporation des professionnels de la santé ;
- ⇒ le comportement individualiste des médecins, qui sont en même temps des partenaires incontournables ;
- ⇒ l'antagonisme entre la planification hospitalière et la constitution des réseaux : diminution des points centraux (hôpitaux) et exigence pour les réseaux d'en avoir un ;

### **La vision globale du système de soins :**

- ⇒ la Suisse possède un potentiel extraordinaire d'infrastructure sanitaire (notamment au niveau technologique) ;
- ⇒ l'objectif politique principal par rapport au système sanitaire est de garantir sa qualité ;
- ⇒ il va falloir trancher entre ce qui relève du nécessaire et du confort ;

### **La vision de la crise et des problèmes du système :**

- ⇒ il n'y a pas de crise ;
- ⇒ la santé n'a pas de prix pour le citoyen : dilemme, car les ressources ne suivent pas les besoins ;
- ⇒ le problème de l'offre et de la demande ;
- ⇒ les différences entre les cantons par rapport au système sanitaire rend difficile le benchmarking ;
- ⇒ les habitudes des citoyens s'avèrent souvent en tant qu'obstacle (exemple de l'échec du RHUSO, les urgences au CHUV, la résistance des citoyens d'aller dans un hôpital « inconnu ») ;
- ⇒ par rapport à ce phénomène, il y a beaucoup de non-dit ;

### **La vision des mesures politiques :**

- ⇒ les politiciens ne sont pas censés faire la morale aux citoyens, par contre il s'agit de prendre des décisions ;

- ⇒ on avance sur les concepts, mais on retarde sur leur réalisation ;
- ⇒ toutefois, le terrain se gagne petit à petit ;
- ⇒ des incohérences et contradiction antérieures ou actuelles du système (ex. : financement des hôpitaux, l'enveloppe budgétaire pénalise l'échange des patients entre les hôpitaux) ;
- ⇒ la politique doit veiller à ce que la population ait accès à des prestations de qualité, et ne pas se réfugier derrière les chiffres ;
- ⇒ il n'y a aucune volonté politique de rationner les prestations de soins, mais d'adapter les ressources aux besoins ;

### **Evaluation globale de la situation :**

- ⇒ le cadre fédéral du système sanitaire n'est pas bon : ce n'est pas avec la LAMal que l'on va maîtriser les coûts ;
- ⇒ la population se focalise sur le rationnement, mais pour l'instant il n'y a que de la rationalisation ;
- ⇒ il y a le souci que la population demande de plus en plus ;
- ⇒ la rationalisation du système est souhaitable (ex. carnet de santé), mais elle suscite beaucoup de résistance chez les professionnels de la santé ;
- ⇒ la durée des législations est un problème, car les réformes nécessitent une longue haleine ;
- ⇒ il y a des projets qui coûtent cher, mais qui rationnellement ne sont pas très utiles ;

### **La vision de sa situation professionnelle :**

- ⇒ il faut agir autant que le cadre politique le permet ;

\*

\*

\*