

XXX^{èmes} Journées des Économistes de la Santé Français
4 et 5 décembre 2008, Université Paris Dauphine

FONDER EN RAISON UNE GOUVERNANCE EN RÉSEAUX DU SYSTEME DE SANTÉ FRANÇAIS

<p>Anne Buttard Ingénieur de recherche a.buttard@voila.fr</p>	<p>Maryse Gadreau Professeur émérite maryse.gadreau@u-bourgogne.fr</p>
<p>Université Jean Moulin Lyon 3 GRAPHOS – Jeune Équipe 2545 IFROSS 18 rue Chevreul BP 69 362 LYON Cedex 07</p>	<p>Université de Bourgogne LEG – UMR 5118 Pôle d'Économie et de Gestion 2 boulevard Gabriel BP 26611 21066 DIJON</p>

Le réseau de santé peut être défini comme « *une forme organisée d'action collective apportée en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné* » (ANAES, 1999, p. 22). Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. Il regroupe des professionnels de santé qui coordonnent leurs actions afin d'offrir aux patients des prises en charge globales et pluridisciplinaires. Cette définition très générale dissimule une grande variété de réseaux qui se sont développés dans l'ensemble des systèmes de santé occidentaux sur la période récente. En effet, dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint, le réseau apparaît comme un moyen privilégié de rationaliser les dépenses de santé tout en concourant à la qualité et à l'équité des soins grâce à une meilleure organisation de l'offre sur le territoire et à une coordination renforcée entre des prestataires de plus en plus spécialisés. En France cependant, l'apport du réseau, qui ne s'est développé que de façon marginale, est controversé. Le réseau déçoit ses protagonistes parmi les plus enthousiastes et se voit officiellement remis en cause par le rapport de l'IGAS (2006). La perspective des Agences régionales de santé (ARS) qui accentuent la régionalisation du système de santé implique de revenir « en raison » sur une gouvernance en réseaux du système de santé français.

Par cette communication il s'agit de contribuer à une recomposition en réseaux pertinente, aux plans de l'efficacité et de l'équité, du système de santé français.

L'expertise proposée se déroule en deux temps. Dans un premier temps nous établissons, par l'observation historique et par l'analyse d'une réalité complexe, une typologie des réseaux en deux axes dont nous dégageons, dans un second temps, les hypothèses de rationalité sous-jacentes pour repenser le pilotage des réseaux en santé. Nous proposons, en articulant des schémas théoriques, les modalités envisageables d'un pilotage adapté conjuguant deux types de coordination qui s'exercent de façon complémentaire dans des champs différents et selon des modalités différentes. L'un repose sur le registre contractuel avec une politique incitative et l'autre, sur le registre conventionnaliste valorisant entre autres la confiance et la délibération.

I. LE RÉSEAU EN SANTÉ, UNE CONCEPTION DUALE

Le réseau est un concept complexe et galvaudé, que l'on retrouve quotidiennement dans le discours politique, dans le vocabulaire courant ou dans la réflexion scientifique et qui revêt de ce fait des significations bien différentes. Or, « *si tout est réseau, alors rien n'est réseau... et cette notion perd son pouvoir explicatif et prédictif* » (BÉJEAN et GADREAU, 1997 p. 78). Il convient par conséquent de préciser ce que l'on entend par réseau en santé avant de déterminer les conditions et modalités de sa mise en œuvre efficace.

Nous proposons à cette fin, à partir d'une analyse descriptive du réseau qui va des premiers pas de cette organisation originale de la production de soins jusqu'à ses récents développements (I.1), une typologie qui éclaire sa réalité complexe (I.2).

I.1. Complexité et diversité des réseaux de soins

La complexité inhérente au concept même de réseau est confortée par ses traductions hétéroclites dans le système de soins : il existe, au sein même du secteur de la santé, une grande variété de réseaux qui diffèrent selon le statut et la profession des acteurs, leur logique organisationnelle (verticale dans le cas de la filière, horizontale pour le réseau au sens strict), et leur objet (réseaux monopathologiques, populationnels, territoriaux ou globaux). Ainsi, la grande majorité des pays occidentaux ont opté pour une recomposition en réseaux de leur système de soins mais les réformes entreprises diffèrent selon leur ampleur, leur état d'avancement et la nature des organisations réticulaires mises en œuvre. L'expérience

française reflète particulièrement bien l'absence de consensus constaté à l'égard des réseaux de soins, en partie imputable à leurs conditions d'émergence.

11.1. *L'émergence spontanée des premiers réseaux*

L'organisation en réseau correspond particulièrement bien à la nature de l'exercice médical, qui privilégie la relation dyadique médecin/patient et, par là même, l'indépendance de chaque praticien qui est cependant confronté à l'exigence de continuité des soins et au besoin de prise en charge pluridisciplinaire de certains patients. Pour d'autres, le réseau a toujours existé en santé de façon informelle. Au-delà de ces pratiques implicites, les premiers réseaux sont des expériences de terrain. Ils émergent spontanément afin de répondre à des problématiques concrètes et profitent de l'adhésion volontaire de leurs acteurs.

En France, les premières expériences « avérées » de réseaux remontent au XIX^{ème} siècle. Dès 1801, plusieurs tentatives de restructuration hospitalière visent à créer des liens entre les établissements parisiens afin de distribuer les soins de façon plus efficace et équitable (SALAÜN, 2003). Parallèlement à ces structures, des filières de soins sont mises en place afin d'offrir des prises en charge globales et adaptées aux mineurs atteints de silicose. Elles précèdent en cela les réseaux tuberculose, également monopathologiques, instaurés à partir du début de la première guerre mondiale. Le réseau est alors un mode d'organisation marginal car réservé au traitement de certaines pathologies, et éphémère puisqu'il disparaît avec l'annihilation du danger.

Une première tentative de formalisation du réseau apparaît suite à la création de la Sécurité sociale. Les « réseaux sanitaires spécialisés » sont mis en place afin de répondre aux lacunes observées en matière de prévention par des prises en charge globales réservées à des questions sanitaires et sociales spécifiques (alcoolisme, tabagisme, maladie mentale...). Leur développement, contraint par un financement non pérenne et largement insuffisant, reste également marginal.

Jusqu'aux années quatre-vingts, les expériences de réseau sont espacées dans le temps. Pour BONAFINI (2004), le réseau n'émerge réellement en santé qu'à partir de cette période. Aux États-Unis, les organisations en réseaux initiées par certaines grandes firmes souhaitant gérer plus efficacement le risque santé de leurs employés, sont généralisées à l'ensemble du système de santé par le gouvernement. Les « Health maintenance organizations » (HMO), « *organisations intermédiaires entre les acheteurs collectifs de couverture maladie et les prestataires de soins, qui gèrent pour leurs abonnés les soins achetés aux prestataires associés au réseau* » (KERLEAU, 2001, p. 59), bouleversent les relations entre assureurs, assurés, et prestataires, mis en concurrence par les assureurs qui gèrent les HMO. A la suite des États-Unis, différents pays européens envisagent une recomposition en réseaux de leur système de santé, selon des principes cependant différents. Par exemple, la réforme Thatcher de 1991 confie la gestion du risque santé aux médecins généralistes britanniques placés à la tête de filières de soins vouées à rationaliser le parcours des patients.

En France, l'apparition du SIDA souligne les limites d'un système de soins cloisonné qui n'offre de prises en charge que segmentées et insatisfaisantes aux patients pluripathologiques. Des réseaux ambulatoires ou ville/hôpital se multiplient rapidement pour prendre en charge, au-delà du problème spécifique du SIDA, des populations dont l'état nécessite un suivi global. Plus encore que les précédents, ces réseaux apparaissent spontanément, à l'initiative d'associations de malades et de praticiens pragmatiques qui profitent de zones de liberté laissées par le législateur pour pallier les défaillances du système.

Alors même qu'elles se généralisent à l'ensemble des systèmes de santé de certains pays, ou à un nombre croissant de pathologies, les organisations en réseau apparaissent de plus en plus disparates. En France tout particulièrement, les expériences s'additionnent sans recherche de cohérence : chaque réseau est le fruit d'initiatives locales et répond de façon singulière à un besoin spécifique.

11.2. Une institutionnalisation « ad hoc »

L'institutionnalisation des réseaux se distingue par son caractère *ad hoc* : le concept de réseau en santé est reconnu par le législateur au regard d'expériences de terrain antérieures qu'il s'agit d'officialiser et de poursuivre. Ainsi, les HMO reprennent et généralisent les réseaux créés dès les années 1930 par les grandes firmes américaines. Alors qu'aux États-Unis, la création des HMO marque le début d'une nouvelle ère de généralisation pour le réseau, l'État conforte sa réalité morcelée en France en reconnaissant au coup par coup, par la voie réglementaire, les organisations existantes selon la pathologie prise en charge¹. Cette reconnaissance prudente d'une réalité de fait va à l'encontre de l'homogénéisation des réseaux et marque durablement leur développement.

Une étape décisive est franchie avec les ordonnances Juppé du 24 avril 1996. Deux grands types de réseaux, organisationnels et expérimentaux, sont distingués. Les premiers, encadrés par l'ordonnance 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, sont nommés « réseaux de soins ». Ils sont centrés sur les établissements de santé, même s'ils permettent des liens avec la médecine de ville, selon une logique de coopération et de complémentarité. Les seconds, introduits par l'ordonnance 96-345 portant sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, sont limités dans le temps. Ils participent d'un processus d'innovation financière ou organisationnelle, et comportent un caractère dérogatoire car ils permettent de se soustraire aux règles habituelles de tarification de l'Assurance Maladie afin d'expérimenter des modalités nouvelles de gestion du risque santé et de détermination des tarifs.

Au-delà de ces principes constitutifs différents, il est difficile de distinguer les réseaux expérimentaux et hospitaliers. Bien que floue, la frontière est entretenue par un mode de fonctionnement et des enveloppes de financement distincts. Cette segmentation, source de mésententes, est principalement étayée par des arguments d'ordre statutaire : les réseaux expérimentaux sont plutôt le fait de la médecine de ville, alors que les autres sont centrés sur l'hôpital (GADREAU, 2001). Ainsi, cette légalisation du réseau apparaît là encore *ad hoc* : elle conforte le cloisonnement du système de santé français en secteurs étanches.

Les ordonnances de 1996, malgré leur effet structurant, présentent deux défauts rédhibitoires : elles segmentent plus encore les réseaux et omettent de les définir (CHARVET-PROTAT et CASTRA, 2002). La loi du 4 mars 2002 apporte l'harmonisation attendue en regroupant au sein d'une même désignation l'ensemble des « réseaux de santé ».

Le réseau devient pleinement une structure transversale et n'est plus envisagé selon le statut des producteurs de soins qui le composent. Cette transversalité est d'autant plus affirmée, que le réseau de santé dépasse la séparation, héritée de la création de la Sécurité Sociale, entre curatif et préventif d'une part, médical et médico-social d'autre part. Par

¹ Suite à la circulaire Durieux du 4 juin 1991, qui mentionne l'existence et définit les conditions de financement de réseaux ville-hôpital pour la prévention et la prise en charge sanitaire et sociale de personnes atteintes d'infection à VIH, de nombreux textes se succèdent et officialisent l'existence de ces organisations dans des domaines aussi différents que la précarité (1993), la toxicomanie (1994), l'hépatite C (1995), l'alcoolisme (1996), le cancer (1998), etc.

ailleurs, la définition unique du réseau de santé s'accompagne d'une enveloppe de financement spécifique et prélevée sur l'ONDAM², qui implique une formalisation plus poussée des modalités d'émergence puis de fonctionnement des réseaux. Cependant, le concept de réseau n'est toujours pas explicité par le législateur. Cette imprécision freine le développement des réseaux, n'éclaire aucunement leur devenir, et encourage l'hétérogénéité des organisations existantes (BUTTARD, 2008b).

Tout l'enjeu de l'institutionnalisation des réseaux consiste à offrir à ces organisations innovantes en santé les moyens de se développer, sans aller à l'encontre de l'élan initial de leurs protagonistes. Certains pays, à l'instar des États-Unis, ont généralisé à l'ensemble du système une forme particulière de réseau. En France, le législateur a opté pour un encadrement souple mais ambigu du réseau, confortant sa réalité morcelée. Le dispositif a été étendu à un nombre croissant de questions de santé, mais pas généralisé. En conséquence, le développement des réseaux dépend largement de l'implication locale de la tutelle et des professionnels de santé locaux. De même, les modalités de fonctionnement et les moyens attribués à chaque organisation varient fortement³. La mise en œuvre actuelle des « réseaux de santé » laisse entrevoir une difficulté majeure, induite par les acceptions plurielles du concept dont on peut craindre qu'il perde son sens commun. Comment piloter et évaluer des entités toujours singulières ? Le rapport de l'IGAS (2006) sur l'évaluation des réseaux dénonce l'impossible démonstration de l'apport effectif de ce type d'organisation, dont l'avenir est questionné. Il est alors nécessaire de clarifier le concept de réseau appliqué au champ de la santé pour préciser son orientation spécifique dans le système de soins français.

1.2. L'affirmation de deux types de réseaux en santé

L'absence de définition précise du réseau en France reflète les divergences qui opposent aussi bien les observateurs, que les professionnels de santé ou les hommes politiques à son égard. Dès les premières tentatives d'institutionnalisation, avec le projet des « réseaux de soins coordonnés » en 1985, les tenants d'une adaptation des HMO allant dans le sens d'une mise en concurrence organisée du système de soins français se sont opposés aux défenseurs d'une version bien différente de ces organisations, encourageant les partenariats locaux entre professionnels (BENAMOZIG, 2005). Aucune orientation claire n'a été donnée au réseau, auquel le législateur a attribué des objectifs d'efficacité, d'équité et de qualité si vastes, qu'ils pourraient être adressés à tout prestataire en santé. Cette dissension de départ explique l'affirmation progressive, dans les faits, de deux formes d'organisations réticulaires antagonistes. Les premières, que nous appelons « de type 1 », dérivent du *managed care* américain tandis que les secondes, « de type 2 », s'inscrivent dans la lignée des réseaux spontanés, nés de l'implication de professionnels de terrain désireux de mieux répondre à certains problèmes de santé spécifiques.

² La Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 24 décembre 2001 crée la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), prélevée sur l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) puis répartie en région. Depuis 2007, le Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) remplace la DNDR, qu'il regroupe avec le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV, qui permettait notamment de poursuivre le financement des réseaux expérimentaux).

³ Si les réseaux de santé sont présents dans l'ensemble des 26 régions françaises, cinq concentrent le tiers des organisations actuelles (Ile de France, PACA, Rhône Alpes, Bourgogne, Bretagne). Concernant les moyens attribués aux réseaux, on constate de grandes différences par thématiques : les réseaux gérontologie perçoivent en moyenne 140 K€/an, contre 265 pour les réseaux oncologie et 307 pour les réseaux nutrition (CNAM, Ministère de la Santé, 2007).

12.1. Le réseau, support d'une concurrence organisée entre les professionnels de santé

Le réseau de type 1 peut être défini comme **une structure organisationnelle centralisée autour d'un opérateur, qui met en concurrence puis associe un ensemble complet de prestataires (établissements, généralistes, spécialistes et auxiliaires médicaux libéraux, laboratoires, cabinets de radiologie...), de façon à offrir à ses adhérents des prises en charge globales (incluant le suivi, l'éducation à la santé et la prévention) et exclusives en contrepartie desquelles il reçoit un paiement forfaitaire négocié *ex ante*.**

Ce type de réseau, adopté par une grande partie des pays européens et nord-américains, se décline suivant la nature des responsabilités déléguées aux opérateurs, l'identité de ces derniers, et les modalités de mise en concurrence organisée dont il est le support.

Aux États-Unis, les HMO remplissent simultanément une fonction de gestion et de financement du risque santé. L'opérateur du HMO est un assureur qui achète des prestations pour ses clients (selon des prix négociés en amont) et les assure en leur proposant des forfaits fixant un éventail spécifique de soignants et de risques couverts. Les prestataires sont sous contrat avec le HMO et rémunérés de telle sorte qu'ils soient intéressés aux résultats du réseau. Les patients s'adressent au HMO de leur choix en fonction de leur aversion au risque et de leurs ressources. La mise en concurrence, sur la fonction de production, de gestion et de financement des soins, est donc réelle. Avec la réforme Dekker-Simon en 1988, les Pays-Bas ont opté pour un schéma qui s'inspire largement de l'expérience américaine, même si la privatisation sur la fonction de financement est partielle⁴. Chaque réseau, structuré autour d'une caisse publique ou d'un assureur privé (pour les personnes dépassant un certain niveau de ressources), propose un ensemble minimal de prestations obligatoires (commun à tous les réseaux) et un panier de soins spécifique. Les réseaux sont mis en concurrence et négocient les tarifs des soins et des prescriptions avec les professionnels de santé locaux.

Une majorité de pays européens a adapté le *managed care* américain sans toutefois remettre en cause le financement socialisé et public du système de santé, recomposé en réseaux gérés par des assureurs qui mettent en concurrence les prestataires. Ce système pose cependant un problème de sélection des risques (des patients) et de qualité des soins (MORIN *et al.*, 2007). En réponse, d'autres pays comme la Suède ou la Grande-Bretagne, ont confié la gestion du risque santé à des prestataires de soins primaires. Ces derniers disposent d'un budget relatif à une clientèle qu'ils orientent dans le système de santé, se transformant ainsi en acheteurs de soins auprès des spécialistes et des hôpitaux (MASON et SMITH, 2006). On peut penser qu'un soignant est mieux à même de rationaliser le parcours de ses patients dans le système de santé, sans que certains effets pervers sur la qualité et l'équité soient exclus. Quoiqu'il en soit, on peut s'interroger sur l'effectivité de la mise en concurrence des producteurs de soins, en raison d'une implication contestable des pouvoirs publics et d'une coalition entre acheteurs et prestataires de soins (LE GRAND, 2002).

En France, les différentes tentatives pour adapter le système des HMO américains ou des GPFH anglais ont échoué à cause de l'opposition d'une partie de la classe politique, du rejet des acteurs de terrain et du jugement réservé émis par les économistes de la santé sur les effets potentiels de ce type de réseau, généralisé à l'ensemble du système.

⁴ 85 % du régime obligatoire de base sont financés par l'impôt puis alloué à chaque réseau en fonction du nombre de ses adhérents. Les 15 % restants sont directement versés par les bénéficiaires (le montant est déterminé par réseau), qui s'acquittent également d'une prime couvrant les soins complémentaires et variant en fonction des caractéristiques individuelles et du niveau de couverture choisi par l'adhérent.

L'objectif premier des « réseaux de soins coordonnés » (RSC) était de contribuer à une rationalisation des dépenses de santé en renforçant les complémentarités entre des prestataires responsabilisés financièrement et mis en concurrence, car intéressés aux résultats du réseau. Il était prévu que le financement, calculé *per capita* en fonction du profil de la clientèle du réseau, soit versé *ex ante* et que l'excès éventuel du coût réel de la prise en charge annuelle soit assumé par le patient, incité à opter pour les réseaux les plus compétitifs. Abandonné avant même sa mise en œuvre effective, le concept de RSC a néanmoins durablement influencé le développement des organisations réticulaires en France. Les réseaux « Soubie » (ordonnance n° 96-345 d'avril 1996), le « projet AXA » ou encore la réforme du médecin référent, relèvent d'une même logique que celle des RSC (financement forfaitaire par capitation, délégation de la gestion du risque, mise en concurrence des prestataires). Ces projets ont eux aussi été peu à peu abandonnés ou vidés de leur contenu, achoppant sur le principe d'une délégation de la fonction de gestion à des opérateurs privés.

Le réseau de type 1 constitue néanmoins une orientation toujours possible pour les réseaux de santé français, en accord avec l'évolution récente du secteur hospitalier vers davantage de concurrence (par comparaison) par l'instauration de la Tarification à l'activité (T2A), sous l'égide d'Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui cherchent à rationaliser l'offre selon une logique de complémentarité entre établissements.

12.2. Le réseau, support d'une coopération renforcée entre les professionnels de santé

Les réseaux de santé français institués par la loi de 2002 se distinguent significativement des expériences européennes ou américaine. Alors que les ordonnances Juppé de 1996 réorientaient les organisations existantes vers des réseaux de type 1 en privilégiant la rationalisation des coûts grâce à une complémentarité renforcée entre établissements (ordonnance 96-346) et à des innovations organisationnelles ou tarifaires (ordonnance 96-345), la loi du 4 mars 2002 qui crée le « réseau de santé » recentre explicitement celui-ci sur la satisfaction des besoins d'une population donnée. Les réseaux de santé se substituent progressivement aux réseaux de soins institués par les ordonnances Juppé et la création de réseaux expérimentaux (dits « Soubie ») est arrêtée. Au-delà du changement de dénomination et de la transversalité du réseau étendue aux secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social, le réseau de santé apparaît davantage en adéquation avec les organisations militantes des années 1980. Le législateur entérine une acception bien différente du réseau, qui peut alors être défini comme **une structure collégiale centrée sur la satisfaction des besoins spécifiques d'une population donnée dont l'accès aux soins est amélioré grâce à l'intervention simultanée de prestataires aux compétences complémentaires, qui conservent par ailleurs leur autonomie juridique et décisionnelle, mais coopèrent afin de renforcer la continuité et la qualité des prises en charge, pluridisciplinaires et globales.** L'accent est mis sur la dimension relationnelle du réseau, c'est à dire sur la qualité de la coopération entre acteurs, qui conditionne l'efficacité de l'organisation et sa propension à satisfaire les besoins de la population prise en charge.

Tableau n° 1 : Traits distinctifs des réseaux de type 1 et 2

	RÉSEAU DE TYPE 1	RÉSEAU DE TYPE 2
FINALITÉ	<u>Efficacité</u> Rationalisation des dépenses grâce à une meilleure coordination de l'offre	<u>Équité</u> Amélioration de la prise en charge de certaines populations grâce à une coopération renforcée entre soignants
PORTÉE	Généralisation à l'ensemble du système	Extension du réseau sur des thématiques spécifiques
MODE DE RÉGULATION	<u>Marchande</u> (concurrence organisée et responsabilisation financière)	<u>Non marchande</u> (réciprocité et respect d'une éthique commune)
LIMITES	Éviction des mauvais risques (populations fragiles) Qualité des soins Coalitions entre prestataires pesant sur les tarifs	Disparités entre réseaux Pilotage et évaluation défaillants Efficacité conditionnée par l'implication volontaire des acteurs

Le réseau de type 2 cible un accès renforcé à des soins de qualité pour certains types de population dont l'état de santé nécessite une prise en charge adaptée, globale et pluridisciplinaire. Défini par thématique, il répond à des priorités de santé adaptées aux problématiques locales. C'est un dispositif toujours singulier car ancré dans le territoire : il prend en charge les besoins spécifiques de la population locale, eu égard aux moyens disponibles à proximité.

On peut alors envisager une extension du réseau par thématique, mais non sa généralisation à l'ensemble du système de santé.

Comme tout autre prestataire de soins, le réseau de type 2 produit des services spécifiques. Il dépasse la seule fonction de coordination qui caractérise les réseaux de type 1, et s'apparente à une structure productive. Il est construit à partir des besoins d'une patientèle donnée à qui il offre des prises en charge globales incluant prévention et curatif.

Davantage qu'une coordination des actions, cela suppose une véritable coopération entre des professionnels qui interviennent simultanément pour organiser le suivi cohérent de chaque patient. Le partage de l'information, des responsabilités et de l'activité est assis sur des relations de confiance et de connaissance mutuelle entre les soignants impliqués. Le réseau de type 2 est conçu comme un espace de coopération plutôt que comme le support d'une mise en concurrence des prestataires de soins. Il échappe à une coordination marchande, le comportement de chacun étant régulé par le respect d'une éthique commune et par la pression exercée par le groupe.

Le réseau de type 2 a les défauts de ses qualités : d'une grande efficacité si la coopération est spontanément effective, son fonctionnement échappe largement au contrôle de la tutelle... qui par ailleurs risque de nuire à son efficacité si elle l'institutionnalise.

II. UN PILOTAGE À REFONDER

« Les dispositions actuelles de notre système de santé ne confèrent aux réseaux aucun rôle spécifique. Toutefois, nous voyons bien que l'évolution envisagée dans le scénario le plus hardi pourrait alors faire des réseaux de santé des organisations assimilables aux HMO » (BONAFINI, 2004, p. 386). Entravée par l'opposition récurrente entre les partisans et les détracteurs d'une mise en concurrence du système, l'introduction des réseaux de santé en France s'est faite à la marge, sans que leur place, leur finalité et les modalités de leur pilotage ne puissent être véritablement définies.

Nous dégageons deux hypothèses de rationalité sous-jacentes aux deux types de réseaux mis en évidence (II.1). L'articulation de ces hypothèses et des modes de coordination normatifs qui en résultent nous conduisent à définir des modalités de pilotage combinant incitation et délibération (II.2).

II.1. Deux hypothèses de rationalité sous-jacentes

Le postulat de rationalité instrumentale conçoit un agent confronté à des situations de risque, qui privilégie son utilité propre. L'efficacité d'une régulation marchande du système de soins qui serait recomposé en réseaux de type 1, est fondée sur l'assimilation de la santé à un risque probabilisable, contre lequel l'agent peut se prémunir en acquérant une couverture maladie auprès d'un assureur qui s'engage contractuellement avec des prestataires mis en concurrence (DOMIN, 2006). Si l'on associe la santé à une incertitude radicale, l'agent ne peut prévoir ni *a fortiori* s'assurer contre des éventualités qui lui échappent⁵. L'efficacité d'une organisation marchande du système de soins est remise en cause en faveur d'une logique démocratique encourageant la coopération entre acteurs, sur le modèle des réseaux de type 2. Nous y voyons une hypothèse de rationalité alternative que nous qualifions d'« interprétative », permettant d'envisager le comportement possiblement altruiste d'acteurs confrontés à des situations d'incertitude radicale.

III.1. Hypothèse de rationalité instrumentale et réseau de type 1

Le réseau de type 1 présuppose une rationalité instrumentale qui met l'accent sur l'allocation optimale des ressources et sur le comportement intéressé d'agents qui coordonnent leurs efforts pour autant que cela leur permet d'accroître leur utilité propre. Cette acception du réseau apparaît alors cohérente avec l'analyse, par BOLTANSKI et CHIAPELLO (1999), d'un réseau construit par projets qui incarne le « *nouvel esprit du capitalisme* ».

La rationalité instrumentale caractérise des agents intéressés, plus ou moins informés et dotés de capacités cognitives plus ou moins limitées, qui fondent leurs choix sur un critère unique : l'optimisation ou du moins la satisfaction de leur utilité personnelle. La raison est un outil permettant de sélectionner des actions génératrices d'utilité et l'individu, un être égoïste, déterminé par une norme de comportement qui s'impose à lui de façon exogène. Sur cette base commune, nous distinguons différentes versions – forte, affaiblie et faible – de la rationalité instrumentale (BUTTARD, 2008a).

⁵ Nous reprenons la distinction établie par KNIGHT (1921) entre un contexte risqué et radicalement incertain. Dans ce dernier cas, l'agent n'est pas en mesure d'attribuer une distribution de probabilités objectives aux éventualités qui s'offrent à lui, notamment parce qu'il n'en connaît pas l'éventail exhaustif, toujours en construction. L'incertitude est ontologique et non plus épistémique : elle tient aux caractéristiques du contexte et non plus aux seules capacités, plus ou moins limitées, de l'agent.

L'*homo œconomicus* parfaitement rationnel est un être générique omniscient et calculateur qui, tel un « héros mythique », traite l'information de façon à définir pour tout problème décisionnel la solution mathématique optimale. La rationalité parfaite – version forte de la rationalité instrumentale –, contenue dans le modèle de concurrence pure et parfaite, permet d'assimiler l'efficacité à un équilibre Pareto-optimal de premier rang.

Elle ne prend cependant pas en compte les imperfections informationnelles qui caractérisent le marché de la santé (ARROW, 2000). L'hypothèse de rationalité substantive⁶ relâche la contrainte d'information parfaite tout en conservant l'idée d'un agent héroïque aux capacités cognitives illimitées qui, informé en probabilité, optimise toujours son utilité. Dans un univers risqué, l'information a un coût, si bien que seul un optimum de second rang est envisageable. Comme pour la rationalité totale, seul compte le résultat de la décision, c'est-à-dire la plus ou moins grande efficacité qu'elle implique.

La rationalité limitée, définie comme une version faible du postulat de rationalité instrumentale, remet en cause cette perspective conséquentialiste SIMON (1955). L'agent, toujours intéressé, est cognitivement limité : il n'est pas en mesure de traiter parfaitement l'information nécessaire à la décision. Cette perspective reflète bien la réalité du secteur sanitaire, caractérisé par une information surabondante, difficilement accessible pour le non-spécialiste, et qui évolue rapidement. L'agent ne peut définir la solution mathématique optimale et, selon une démarche procédurale, opte pour une alternative seulement satisfaisante (supérieure à un niveau d'utilité minimal et prédéterminé). Il suit un processus décisionnel associant le calcul à d'autres modes de décision (comme l'imitation, le respect de normes, la reproduction de comportements déjà adoptés...), la recherche de l'optimum étant réservée aux situations suffisamment simples pour être formalisées par un agent aux capacités limitées.

L'hypothèse de rationalité instrumentale dans sa version forte, affaiblie ou faible, est cohérente avec la conception d'une économie d'allocation de ressources où l'univers, même incertain, reste probabilisable, l'éventail des possibles étant prédéterminé. La dimension fonctionnelle du réseau est alors mise en avant : dès lors que rien ne se crée, seule importe la combinaison la plus efficace d'inputs possible.

Le réseau, résultat de décisions individuelles, est une entité réductible aux agents qui la composent, définie par une fonction de production spécifique. Il renforce les complémentarités entre prestataires à qui il permet de se spécialiser là où ils sont les plus performants, tout en coordonnant les interventions de chacun pour offrir aux patients un panier de biens et services complet pour un coût minimal. Chaque producteur de soins, doté d'une rationalité instrumentale, est potentiellement opportuniste si l'information est imparfaite : il peut utiliser l'information qu'il détient de façon exclusive pour dégager une rente, augmentant son revenu au détriment de l'efficacité globale du réseau. La rationalité instrumentale (substantive ou limitée) sous-tend par conséquent un mode de coordination marchand du réseau, qui repose sur le contrat afin d'inciter chaque prestataire à fournir un effort productif optimal au plan de la qualité des soins et du coût de l'activité. Plus précisément, le réseau peut être défini comme un mode de coordination intermédiaire entre le marché et la hiérarchie, qui encadre efficacement les échanges occasionnels entre de mêmes agents (WILLIAMSON, 1979, 1991). Il constitue un support potentiellement efficace pour une réorganisation du système de santé qui encourage les complémentarités et ainsi, les échanges réguliers entre prestataires de soins.

L'hypothèse de rationalité instrumentale schématise le comportement de l'agent dans des situations dominées par des relations marchandes présentant un niveau de risque probabilisable (incertitude limitée), dans le cadre desquelles l'agent cherche essentiellement à

⁶ Le terme est proposé pour la première fois par SIMON (1976).

accroître son utilité. Un tel contexte est cohérent avec le fonctionnement des réseaux de type 1. En effet, ces derniers se traduisent certes par une coordination renforcée entre des prestataires aux compétences supposées complémentaires, mais cette « répartition des tâches » ne s'apparente pas à une coopération véritable, laquelle suppose une action collective fondée sur la confiance et la connaissance mutuelle, et non des interventions successives.

L'idée d'un réseau « d'allocation de ressources » (GADREAU, 2001) peut être rapprochée du réseau inhérent à la cité « par projets » définie par BOLTANSKI et CHIAPELLO (1999), qui précisent sa finalité et les relations entre ses acteurs.

Les auteurs augmentent l'analyse initiale des Économies de la Grandeur de BOLTANSKI et THÉVENOT (1991)⁷ d'une cité supplémentaire, « par projets ». Le principe supérieur commun afférant à cette cité est la croissance de l'activité, ramenée à une dynamique de projets et à la multiplication des liens entre les personnes pour faire émerger de nouveaux objectifs. Le relationnel, le renouveau, la flexibilité, sont autant de mots d'ordre qui guident les décisions des agents. L'accent est mis sur les compétences de l'individu, rendu plus autonome tout en étant soumis à une évaluation renforcée. L'adéquation entre la rémunération et l'effort effectivement consenti prévient toute contradiction entre l'intérêt de chaque agent et celui du réseau. La cité par projets est proche de la cité marchande : les relations entre acteurs sont intéressées, la concurrence est accentuée et l'efficacité activement recherchée. Toutefois, le réseau est opaque pour ceux qui n'en font pas partie et cultive des relations récurrentes entre acteurs, bien loin de la transparence et de l'anonymat du marché.

Le réseau est la figure emblématique (« harmonieuse » selon les termes employés par Boltanski et Chiapello) de la cité par projets. Il se distingue en effet par une forte connectivité entre ses participants, qui se construit au fil de l'action plutôt que d'être prédéterminée, ainsi que par une grande souplesse, qui lui permet d'évoluer rapidement en fonction de ses acteurs, du contexte et des objectifs à atteindre à un moment donné. Tel qu'il est conçu par les auteurs, le réseau va de pair avec une régulation marchande et une rémunération incitative des agents. Ces derniers sont motivés par la construction de projets nouveaux se traduisant par des créneaux d'activité nouveaux, qui les incite à développer des partenariats inédits pour combiner plus efficacement les compétences et ressources nécessaires. Le réseau est donc une organisation dynamique, dont les frontières évoluent constamment.

III.2. Hypothèse de rationalité interprétative et réseau de type 2

L'hypothèse de rationalité interprétative conçoit différemment le comportement de l'agent, confronté à des situations complexes d'incertitude radicale. Elle met l'accent sur la création de ressources et plus particulièrement sur la façon dont les acteurs interprètent et construisent ensemble de nouvelles règles pour réduire l'incertitude. Cette hypothèse de rationalité, que nous définissons, bouleverse l'appréhension du comportement individuel mais aussi la conception des entités collectives, dont le réseau. Le réseau de type 2 se distingue du réseau par projets de Boltanski et Chiapello (1999). Il s'inscrit dans une nouvelle cité, que nous appelons « par communautés » (BUTTARD, 2008c), associant le réseau au développement de relations de confiance et de coopération entre acteurs.

⁷ Les auteurs distinguent six « cités », fondée chacune sur une « grandeur » (ou ordre de grandeur) qui caractérise une forme spécifique, reconnue comme légitime du bien commun. L'ordre marchand ne caractérise alors qu'un modèle de cité parmi d'autres, et se réfère à une idée particulière du bien commun.

L'hypothèse de rationalité instrumentale conçoit un agent en interaction avec un environnement dynamique, qui se réfère à une pluralité de logiques d'actions (marchande ou non) et de règles qu'il adapte afin de réduire l'incertitude qui affecte sa décision.

Cette forme de rationalité est « raisonnable » (LAVOIE, 1992) : pour résoudre des situations d'indécidabilité induites par l'incertitude radicale, l'agent utilise des *shortcuts* (croyances, normes, routines) sur lesquels il peut fonder exclusivement sa décision. Le calcul d'utilité est une modalité parmi d'autres du processus décisionnel, réservé aux problèmes assez simples pour que l'agent réunisse et traite l'information nécessaire⁸. Le mode décisionnel s'apparente alors à un processus séquentiel et évolutif (LEVY-GARBOUA, 2004)⁹. L'acteur n'est plus un « héros » mais il est doté d'une aptitude supplémentaire : doué de mémoire, il apprend et corrige ses erreurs passées. Une telle assertion suppose d'envisager pleinement l'hypothèse d'une économie de création de ressources et met en avant les apprentissages, individuels et collectifs.

Outre des procédures décisionnelles multiples et substituables, la rationalité interprétative intègre des motivations plurielles, qui excèdent la recherche égoïste d'utilité. Le comportement de l'agent, possiblement altruiste, demeure rationnel car cohérent avec ses objectifs. Dès lors qu'il n'adopte plus invariablement le même processus de décision ni ne répond aux mêmes motivations, son identité et son environnement social deviennent déterminants. La rationalité interprétative conçoit de la sorte l'acteur économique non plus isolément mais dans le groupe (GRANOVETTER, 1985). L'individu s'appuie sur des règles dont la légitimité tient au caractère collectif plutôt qu'objectif. Ses représentations, ses décisions, sont influencées par le groupe au quel il se réfère, lequel génère des croyances et des règles spécifiques, fonction d'une histoire et d'une culture communes (ORLÉAN, 2002).

L'appartenance de l'agent à différents groupes sociaux fait de lui un acteur à part entière de ses choix, qui n'est plus déterminé par une norme de comportement s'imposant à lui (SEN, 2004). Il est influencé de façon unique par ses appartenances multiples et participe à « co-construire » le groupe en confrontant ses représentations à celle des agents avec lesquels il est amené à échanger, selon un processus de délibération. L'individu économique, en situation d'incertitude radicale, fait appel à une combinaison originale de règles décisionnelles toujours incomplètes, qu'il interprète en cohérence avec le groupe au quel il se réfère et en fonction d'un contexte donné. Il qualifie et confère du sens à son environnement mais est influencé en cela par cet environnement lui-même.

L'organisation, et plus particulièrement le réseau, peuvent alors être appréhendés comme des entités collectives irréductibles à leurs acteurs, lesquelles se distinguent par des règles et des logiques d'action spécifiques.

L'accent est mis sur la création de ressources au sein du réseau qui ne repose pas, comme l'entreprise intégrée, sur une structure rigide encadrant les relations entre acteurs selon leur poste et statut respectifs, au moyen de règles hiérarchiques. Le réseau se distingue également du marché par les relations fréquentes, de connaissance mutuelle et de coopération, qu'il entretient entre ses acteurs. Sa pérennité et son efficacité apparaissent alors soumises à la

⁸ La rationalité limitée interprétée selon l'optique instrumentaliste que nous avons précédemment envisagée intègre d'autres supports décisionnels que le calcul mais l'agent ne peut toutefois s'y soustraire, car il ne renonce à la solution optimale que si elle se révèle trop coûteuse. Il remplace alors l'optimum par une solution seulement satisfaisante (BOUDON, 2004). Sous hypothèse de rationalité interprétative, l'agent est susceptible d'opter arbitrairement pour d'autre support décisionnels que le calcul, auquel il n'est donc plus soumis.

⁹ L'auteur souligne le caractère séquentiel de la perception humaine : l'agent perçoit successivement des données partielles qu'il agrège de façon à construire une cognition, c'est-à-dire une préférence relative à la décision à prendre. La séquence de perceptions, même très rapide, conditionne le choix final. L'agent se trouve dans une situation d'incertitude dynamique où une nouvelle perception peut à tout moment moduler sa décision. Cet ajustement est permanent, ce qui suggère une attention soutenue au contexte.

création de règles décisionnelles spécifiques car reconnues comme légitimes par les acteurs impliqués. Ces règles collectives, marchandes ou non, accentuent la dimension « communautaire » du réseau, et son originalité vis-à-vis du marché comme de la hiérarchie.

La communauté offre une réponse à l'incertitude radicale, réduite partiellement et progressivement grâce à la coopération d'acteurs qui déterminent ensemble, de façon procédurale et *ex post*, des normes de comportement génératrices de confiance (CALLON *et al.*, 2001). Ainsi les soignants au sein des réseaux de type 2 partagent-ils leurs compétences et l'information dont ils disposent afin d'offrir des prises en charge globales et de meilleure qualité ciblées sur des pathologies lourdes et complexes qui ne peuvent être ramenées à des situations seulement « risquées ». Ils interprètent ensemble des règles plus générales (relatives au système de santé) afin d'adapter l'exercice en réseau à des objectifs et des contraintes locales.

Nous avons souligné précédemment que le réseau de type 1 était significatif de la cité par projets de Boltanski et Chiapello. Le réseau de type 2, fondamentalement communautaire (DOMIN, 2003)¹⁰, est significatif de la cité « par communautés » (BUTTARD, 2008c).

De même que la cité par projets, la cité par communautés que nous proposons suppose la multiplication des relations entre acteurs et la remise en cause des cloisonnements établis. C'est, fondamentalement, l'idée de bien, en tant que principe supérieur, qui les distingue. La cité par communautés défend une éthique professionnelle et une certaine qualité du service rendu qui favorisent l'affirmation d'un fort sentiment d'appartenance des acteurs au groupe ou à l'organisation. Les principes secondaires retenus sont proches de ceux de la cité par projets : on retrouve la connectivité, la multiplication des relations entre acteurs, le dynamisme et l'adaptation au contexte. Toutefois, la nature des relations interpersonnelles change : la confiance se substitue à la recherche d'utilité, et la coopération à la coordination. Ce n'est donc plus tant la rémunération de la performance qui incite chaque acteur à privilégier les intérêts du réseau, que la création de règles communes dont le respect conditionne l'appartenance au groupe.

Comme dans le cas de la cité par projets, le réseau est la figure emblématique de la cité par communautés. Même s'il conserve ses qualités de souplesse et de forte connectivité, le réseau par communautés se distingue largement du réseau par projets. Son existence n'est pas motivée par la définition de niches d'activité nouvelles, mais par le partage, entre des agents qui interprètent la réalité, d'une exigence commune relative au service devant être rendu, qui les incite à coopérer, c'est à dire à produire ensemble un service et non plus seulement à coordonner plus rationnellement leurs interventions individuelles.

Si avec SEN (2005), on redéfinit le choix rationnel, au-delà de la théorie du même nom, comme l'adéquation entre les objectifs et les moyens employés pour s'en rapprocher, on peut dire que la rationalité instrumentale constitue une forme de rationalité parmi d'autres. En partant du postulat de rationalité interprétative, on peut soutenir que la théorie du choix rationnel est un cas particulier qui permet de schématiser le comportement d'agents confrontés à des situations simples et seulement risquées, pour lesquelles le calcul d'utilité est envisageable. Les acteurs sont alors conçus comme intéressés, si bien que le marché coordonne efficacement leurs échanges, répétés dans le cadre de réseaux. Au-delà de ce cas particulier, nous avons envisagé le comportement d'agents qui coopèrent et définissent ensemble des solutions pour réduire l'incertitude radicale à laquelle ils sont confrontés. La coordination de leurs actions est dominée par des rapports non marchands, de connaissance

¹⁰ L'auteur souligne la « triple dimension communautaire » du réseau : spécificités du réseau relativement aux autres formes organisationnelles, coordination étroite et volontaire de ses participants, régulation interne originale des structures réticulaires sur la base de conventions domestiques.

mutuelle et de confiance. L'hypothèse de rationalité interprétative élargit alors le mode décisionnel de l'agent économique à une pluralité de supports et de principes d'action, qui excède le marché.

II.2. *Articuler incitation et délibération ?*

Les hypothèses sur la rationalité de l'agent sous-tendent des modes de coordination différents, marchand ou non, qui mobilisent chacun des supports spécifiques pour encadrer les relations entre acteurs. L'hypothèse de rationalité instrumentale fonde un réseau efficacement régulé par l'engagement contractuel de chaque agent. L'hypothèse de rationalité interprétative, sans exclure forcément un certain calcul local, fonde un réseau qui repose sur la délibération entre acteurs, les amenant à « co-construire » des règles collectives que nous appréhendons à partir du concept de convention. Nous postulons au plan épistémologique que la rationalité interprétative englobe la rationalité instrumentale. Dans la perspective d'un pilotage repensé des réseaux en santé, on peut alors envisager une articulation pragmatique entre des modes de coordination différents : une régulation externe par incitation, qui ne contrarie pas une régulation interne reposant sur la délibération (BUTTARD, 2008d).

II.2.1. Une régulation externe par incitation

La relation externe entre le réseau et une tutelle régionale unifiée, préfigurée par les Missions régionales de santé (MRS) et bientôt incarnée par les ARS, est caractérisée par une forte asymétrie informationnelle : l'agence finance et encadre le fonctionnement du réseau mais discerne mal ses caractéristiques et son activité. Cette relation peut être considérée comme une relation d'agence au sens de la théorie du même nom, qui décrit un rapport bilatéral entre un mandataire « profane » (mal informé) et un mandant « expert » (détenant une information exclusive), dotés d'une rationalité instrumentale. Selon cette perspective, l'ARS délègue au réseau le soin de prendre en charge une population spécifique, sur la base d'un contrat qui décourage l'opportunisme de l'agent¹¹ et l'incite à répondre au mieux aux objectifs qui lui ont été impartis. Des contrats triennaux sont d'ores et déjà conclus entre chaque réseau et la tutelle mais ils possèdent un pouvoir incitatif très réduit. L'activité est rémunérée individuellement selon des conditions qui varient en fonction du statut du prestataire, peu incité à s'investir dans des actions de coopération auxquelles il est parfois contraint de participer. Nous proposons de redéfinir les contrats existants dans l'optique de la gouvernance du réseau par les ARS, ces dernières intervenant en tant que « manipulateur d'incitations » (BATIFOULIER *et al.*, 2007).

La Théorie normative de l'agence définit, à partir d'une hypothèse de rationalité substantive, des contrats bilatéraux et complets pour évincer tout comportement opportuniste et rétablir une relation d'agence parfaite. Le contrat comprend un schéma de rémunération mixte – en partie fixe et déterminé *ex ante*, en partie variable et versé en aval de la prestation –, incitant le prestataire à fournir un effort productif optimal. Il lutte simultanément contre deux types de comportements opportunistes, de « risque moral » et de « sélection adverse »¹².

¹¹ L'agent opportuniste privilégie son utilité personnelle au détriment de celle de l'ensemble. L'opportunisme résulte ainsi de la conjonction de deux facteurs : une rationalité instrumentale qui conçoit l'agent comme intéressé et une information imparfaite qui lui permet de dégager une rente discrétionnaire.

¹² Rappelons que l'aléa moral qualifie le comportement opportuniste de l'agent qui dissimule, en aval du contrat, son effort productif réel au principal, ce qui induit des surcoûts (ARROW, 1963). La sélection adverse qualifie le comportement opportuniste de l'agent qui dissimule, en amont du contrat, ses caractéristiques réelles au principal, ce qui affecte la qualité des biens ou services échangés (AKERLOF, 1970).

Concevoir un schéma de rémunération mixte du réseau implique d'organiser le suivi transversal de l'activité afin d'indexer la part variable de son financement sur son effort productif réel (BUTTARD, 2008e).

Il s'agit de construire un instrument à même de regrouper, coder et synthétiser les données sur l'activité de l'ensemble des prestataires en santé. Cela pose la question de la généralisation du suivi de l'activité médicale, de la compatibilité des systèmes d'information et des modalités du chaînage des données. On peut envisager de construire un instrument permettant de chaîner les données issues des deux principaux systèmes d'information en santé : le PMSI¹³ (qui s'étend progressivement à l'ensemble du secteur hospitalier) et le SNIIR-AM¹⁴ (pour la médecine libérale). Plutôt qu'un chaînage par patient, qui pose un problème de sélection des risques (GRIGNON *et al.*, 2003), nous envisageons de regrouper l'information par épisode de soins normés, qui regroupe des prestations ou des prescriptions sur des périodes cliniquement homogènes et limitées dans le temps (BREUIL-GENIER, 2001). La définition d'épisodes de soins normés, homogènes au niveau de leurs coûts et cohérents au regard du problème de santé posé, peut être intégrée au processus plus général de normalisation en santé. Sous l'égide de la Haute autorité en santé (HAS), les épisodes seraient définis en concertation avec les professionnels de terrain afin de proposer aux soignants, à l'instar des recommandations de bonne pratique ou de pratique clinique, les prestations les plus adaptées en fonction de circonstances cliniques données.

La partie variable du financement des réseaux serait indexée sur le suivi quantitatif et qualitatif de l'activité. On peut ainsi envisager d'inciter les acteurs du réseau à fournir un effort productif maximal en ajustant *ex post* leur enveloppe budgétaire en fonction du différentiel observé entre le coût réel de chaque épisode au sein de l'organisation, et un coût de référence (qui reste à définir à partir des coûts moyens observés par type d'épisode de soins identique). Le regroupement des données nécessaire à un tel calcul est possible (comme en atteste l'étude récente de VAN LE *et al.* (2006) mais il doit être systématisé.

Un tel système repose sur une description inévitablement réductrice de l'activité médicale et est de ce fait susceptible d'être « manipulé » par l'agent. Plus généralement, la présence d'un double risque au niveau de la qualité (le soignant peut moduler la qualité des prises en charge) et du volume des prestations (le soignant peut indûment augmenter la quantité ou le prix des actes et prescriptions) entraîne l'incomplétude de tout contrat en santé (FRANC, 2001).

La Théorie positive de l'agence (TPA) repose sur une hypothèse de rationalité limitée qui ne permet de concevoir que des contrats incomplets en raison des capacités cognitives restreintes de l'agent (JENSEN et MECKLING, 1976 ; FAMA et JENSEN, 1983 ; CHARREAUX, 1999). Le pouvoir incitatif de l'accord repose alors, au-delà des modalités de financement, sur trois mesures complémentaires: la menace de rupture du contrat, l'amélioration par apprentissage du monitoring (qui inclut l'évaluation) et la confiance (BROUSSEAU, 2002). L'engagement contractuel entre l'ARS et le réseau est intégré dans un processus plus large de négociation impliquant les deux parties dans une relation de partenariat non exempte de confiance, et légitime la délégation du pilotage des réseaux à une tutelle de proximité.

¹³ Le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information est utilisé par les établissements de santé (hormis les hôpitaux locaux et certaines cliniques) dont il décrit l'activité de court séjour en Médecine, Chirurgie et Obstétrique. Il centralise et traite l'information médicale : les séjours sont regroupés par groupes homogènes affectés d'un coût (tarif) moyen. Chaque structure dispose alors d'une lecture ordonnée et codée de son activité.

¹⁴ Le Système National de l'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie, mis en place en 2002, recueille l'ensemble des soins facturés à l'Assurance Maladie par les acteurs libéraux. Les données sont regroupées par bénéficiaire ou par prestataire.

Cette régulation externe par incitation repose sur la conception d'une recombinaison en réseaux qui compense l'incertitude engendrée par la spécialisation de l'activité médicale en favorisant le partage de connaissances parcellisées. Le soignant, jusqu'alors isolé, est davantage contrôlé par l'opérateur de réseau qui centralise les interventions, et par les autres prestataires qui prennent successivement en charge le même patient. Cependant, le réseau est simultanément soumis à un double risque, de collusion et de trahison, car le partage des tâches et des responsabilités qu'il suppose rend plus difficilement perceptible l'apport de chacun. Son impact sur l'opportunisme supposé des agents dotés d'une rationalité instrumentale est donc ambivalent. La mise en œuvre d'un pilotage externe par l'ARS, reposant sur la définition de contrats incitatifs inclus dans un processus de négociation et de contrôle affermi, permet de lutter contre le risque collusif en intéressant les acteurs du réseau à l'efficacité productive de l'organisation. En revanche, il est difficile d'« inciter » les acteurs à coopérer plutôt que d'adopter des comportements de trahison en privilégiant leur intérêt au détriment de celui des autres membres de l'organisation. La coopération entre les soignants repose sur une régulation interne, qu'il s'agit de ne pas contrarier par des incitations externes inadéquates, sources potentielles d'un effet d'éviction des motivations intrinsèques par les motivations extrinsèques¹⁵ (BATIFOULIER *et al.*, 2008).

II.2. Une régulation interne par délibération

La coopération entre les acteurs d'un réseau de santé repose sur la construction de règles communes, reconnues comme légitimes au terme d'un processus de délibération entre acteurs. Ceux-ci se réfèrent à des principes de justice et à des règles d'action différentes qu'ils interprètent et articulent afin de définir des repères leur permettant de faire face ensemble à des situations complexes d'incertitude radicale. Par des règles d'action qu'il a participé à définir, l'agent est intrinsèquement incité à privilégier les objectifs du réseau plutôt que son intérêt égoïste. Ces règles peuvent être interprétées en termes de « conventions », conçues comme des accords tacites qui ne sont imposés par aucun individu en particulier mais sont respectés par l'ensemble. Les conventions permettent de restaurer la confiance et de sortir de situations d'indécidabilité.

L'Économie des Conventions (EC) permet d'approfondir les conditions de la régulation interne du réseau (Revue Économique, 1989 ; BATIFOULIER *et al.*, 2001 ; EYMARD-DUVERNAY *et al.*, 2006). La coordination est au cœur du questionnement de l'EC, qui l'envisage à partir d'une pluralité de règles interprétées par les acteurs. L'action coordonnée n'est pas toujours « intéressante » ni forcément contrainte. Elle repose sur des conventions considérées comme légitimes par les agents impliqués, au même titre que l'augmentation de leur utilité propre. La convention offre ainsi, dans un contexte radicalement incertain une solution aux situations qui échappent au contrat, auxquelles sont particulièrement confrontés les acteurs amenés à coopérer. Elle constitue en ce sens un support de coordination interne efficace pour le réseau.

Différents niveaux et types de conventions forment un maillage solide soutenant la coopération au sein des réseaux.

Les conventions d'activité industrielles permettent d'attribuer à l'ensemble des réseaux une finalité commune (qui peut être déclinée par thématique), que les acteurs au sein

¹⁵ Les motivations intrinsèques se rattachent à des activités que l'on pratique pour la satisfaction directe que l'on retire, sans attendre de récompense ni chercher à éviter un quelconque sentiment de culpabilité, mais en fonction d'un impératif déontologique ou affectif. Les motivations extrinsèques se rattachent à des activités que l'on pratique pour obtenir une gratification exogène à l'activité elle-même (une rémunération, une bonne conscience, *etc*) dans une perspective intéressée et conséquentialiste (GADREAU et VIDEAU, 2008).

de chaque organisation interprètent et précisent par des conventions d'activité domestiques qui spécifient les objectifs opérationnels du réseau. Ainsi, la loi du 4 mars 2002 (Article L. 6321-1) précise que « *les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations* ». Ces objectifs très larges peuvent être envisagés comme des conventions d'activité industrielles : ils sont adressés à tout réseau de santé, dont ils précisent la finalité : offrir des prises en charge globales et pluridisciplinaires pour renforcer l'accès aux soins de populations spécifiques. Ces objectifs de qualité et d'équité sont déclinés localement, se traduisant par des missions propres à chaque organisation, que l'on peut interpréter en termes de conventions d'activité domestiques. Par exemple, la finalité du réseau Naître et Bien Être, en activité depuis 2004 dans le sud du département de la Loire, est d'assurer des prises en charge précoces des dysfonctionnements parentaux et des conséquences qui en découlent pour l'enfant, grâce à une détection et à un suivi améliorés des familles à risque reposant sur une coordination renforcée entre les prestataires locaux travaillant en maternité ou en ambulatoire (C. PASCAL *et al.*, 2006).

Les conventions de qualité industrielles encadrent le fonctionnement des réseaux par des règles communes (qui peuvent également être précisées par thématique), que les acteurs ajustent localement afin de coordonner plus efficacement leurs efforts, au moyen de conventions de qualité domestiques. Ainsi, des cahiers des charges nationaux (ou régionaux, par défaut) définis par thématique sont désormais disponibles. Ils servent l'évaluation externe et la décision de financement du réseau au titre du FIQCS, en spécifiant des critères communs et objectivés de comparaison, mais ont également vocation à soutenir les professionnels impliqués en mettant à leur disposition des normes de fonctionnement qui participent à accroître la qualité des soins. Ces normes peuvent être envisagées comme des conventions industrielles de qualité. Par exemple, la circulaire DHOS du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées », contient des recommandations précises quant au repérage, aux plans d'intervention définis pour chaque patient et aux actions d'éducation à la santé et de prévention à mener, qui encadrent l'exercice médical dans ce type d'organisation (constituer des groupes de parole pour les familles et les aidants naturels, ou pour les professionnels afin de les soutenir, *etc.*). Chaque réseau ou projet de réseau est alors tenu de préciser les modalités de son fonctionnement, de la coordination de ses acteurs, par un cahier des charges spécifique qui reprend et adapte ces règles générales en fonction de la profession et de l'identité de ses protagonistes, et des contraintes ou besoins locaux. Ces règles de fonctionnement locales correspondent à des conventions de qualité domestiques.

On peut alors envisager une relation interactive entre le général et le particulier : les conventions industrielles encadrent les accords locaux entre les acteurs de chaque organisation qui, en « mettant à l'épreuve » de la réalité de l'exercice en réseau ces règles générales, participent à les faire évoluer.

L'institutionnalisation des réseaux en santé les contraint à respecter des règles de fonctionnement prédéterminées. Dans ces conditions, on peut craindre que la régulation interne du réseau, qui repose sur la construction, par ses acteurs, de conventions domestiques, ne soit évincée par les règles institutionnelles et économiques qui précèdent son émergence. Pour prévenir l'émergence de structures vides de sens, on peut envisager une régulation interne en deux temps. Le premier serait davantage contraint et encadré par la tutelle afin

d'initier la coopération. Le second, qui manifeste l'arrivée à maturité du réseau, se traduirait par son autonomie organisationnelle croissante vis-à-vis de la tutelle. La règle, interprétée localement, serait alors dominée par la convention.

Il s'agirait ainsi, dans un premier temps, d'instiguer à partir d'une « coordination par prescription » (phase d'apprentissage de la coopération qui s'appuie sur des mécanismes institutionnels qui réduisent l'incertitude en créant des régularités comportementales), une « coordination par l'action » (HUET et LAZARIC, 2004). Les conditions actuelles de l'évaluation des réseaux incitent les acteurs à multiplier les échanges et les réunions. Ces règles de communication ne permettent cependant pas d'initier une réelle coopération entre des prestataires que tout isole par ailleurs. Pour étayer les supports de la « coordination par la prescription » au sein des réseaux, nous proposons d'internaliser la détermination de leurs objectifs secondaires et opérationnels. Selon FRIEDBERG (2002), l'endogénéisation des objectifs constitue un facteur déterminant de cohésion pour toute communauté d'acteurs. Il convient par ailleurs de préciser les fonctions dévolues aux opérateurs des réseaux, qui peuvent jouer un rôle moteur en renforçant les règles de communication et de division du travail. Ils pourraient s'appuyer sur des responsables d'alliances (PELLEGRIN-BOUCHER et FENNETEAU, 2007), désignés dans les établissements ou au niveau de chaque territoire de santé pour montrer à des prestataires réticents l'intérêt d'une coopération au sein de réseaux. Il s'agit en fait de développer une « culture » de la coopération qui fait défaut dans le système de santé français.

On peut penser que, dans un second temps, les règles « prescrivantes » la coopération seront interprétées localement par les partenaires réunis au sein de chaque organisation. Elles évolueront vers des routines, des automatismes, moins coûteux et plus souples, que l'on peut traduire en termes de conventions d'activité ou de qualité. Il appartiendra alors aux futures ARS de favoriser l'autonomie organisationnelle des réseaux par le biais de relations de partenariat, plutôt que de rapports hiérarchiques. En effet, la définition de règles formelles peut instiguer la dynamique du compromis mais non y suppléer. Si les acteurs du réseau ne développent pas progressivement des conventions domestiques sur lesquelles appuyer leurs décisions et leurs représentations communes, on peut craindre que l'organisation réticulaire, que n'étaye aucune structure hiérarchique formelle, devienne une « coquille vide ». Dans les faits, certains acteurs constatent l'essoufflement des réseaux auxquels ils participent. Nous postulons qu'au-delà des règles de fonctionnement explicitées ci-dessus, il importe, en cohérence avec la définition de contrats participatifs par projets entre le réseau et la tutelle, d'accorder à celui-ci une plus grande autonomie organisationnelle, rompant avec le caractère quasi-procédurier qui accompagne désormais la reconnaissance formelle et le financement des réseaux de santé. Un enchaînement vertueux peut alors apparaître. La définition, par les acteurs du réseau, de conventions domestiques d'activité (conformément aux règles industrielles plus générales et suite à l'endogénéisation des objectifs au sein de chaque organisation) favorisera l'émergence de relations de confiance qui, selon REYNAUD (1998), résultent de croyances collectives. La confiance conditionne la coopération des partenaires (BAUDRY, 1998). La coopération génère à son tour, de par le rapprochement qu'elle implique entre les partenaires, des conventions de qualité qui facilitent les échanges et soutiennent la dynamique du « compromis » entre les acteurs du réseau.

Les préconisations formulées dans ce papier quant à la gouvernance en réseaux du système de santé français reposent sur un parti pris délibéré : remonter aux fondements théoriques de la régulation du système, qui sont eux-mêmes profondément liés aux hypothèses que l'on formule sur la nature de l'incertitude en santé. Nous soutenons que l'incertitude en santé, comme dans le plupart des autres domaines qui touchent aux comportements humains modelés par l'environnement et le contexte socio-économique, est par nature radicale mais néanmoins, localement et dans certaines circonstances, probabilisable. En relation avec le paradigme conventionnaliste, et à partir d'une hypothèse de rationalité interprétative, nous insistons sur l'importance de la délibération, du jugement et de la confiance pour la régulation interne d'un réseau de santé fondé sur la coopération entre acteurs. En externe, la relation entre le réseau et une tutelle localement unifiée, à savoir la future Agence régionale de santé, gagne à relever d'une régulation par incitation, au titre d'une hypothèse de rationalité instrumentale. Il est entre autres particulièrement important de concevoir un schéma de financement nourri par l'appréhension de la réalité transversale du réseau, à partir d'un chaînage des informations recueillies par épisodes de soins normés. *In fine*, la position pragmatique que nous adoptons élude le débat rationalité individuelle versus rationalité collective, qui implique l'analyse du rôle du politique dans la régulation. La question n'en est pas moins essentielle dans un contexte actuel où la logique assurantielle et la responsabilisation individuelle des acteurs prennent le pas sur une solidarité qui devient résiduelle.

BIBLIOGRAPHIE

- AKERLOF G.A. (1970) : « The Market for Lemons: Quality, Uncertainty and Market Mechanism », *The Quarterly Journals of Economics*, n° 3, p. 488-500.
- ANAES (1999) : *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Paris, Direction de l'Évaluation de l'ANAES (août), 133 pages.
- ARROW K.J. (1963) : « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, vol. 53, p. 941-973.
- ARROW K.J. (2000) : *Théorie de l'information et des organisations*, Paris, Dunod, 292 pages (collection Théories Économiques).
- BATIFOULIER P. (dir.) (2001) : *Théorie des conventions*, Paris, Economica. 328 pages.
- BATIFOULIER P., EYMARD-DUVERNAY F. et FAVEREAU O. (2007) : État social et assurance maladie. Une approche par l'économie des conventions », *Économie Appliquée*, n° 1 : État social et politique de santé, p. 203-229.
- BATIFOULIER P., GADREAU M., VACARIE I. (dir.) (2008) : *La gouvernance de l'Assurance Maladie : l'orientation marchande et ses paradoxes*, rapport de fin de contrat MIRE-DREES, Paris, 191 pages.
- BAUDRY B. (1998) : « Trust in Inter-Firm Relations : Multiple Forms of Coordination », in N. LAZARIC et E. LORENZ, *Trust and Economic Learning*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, p. 64-77.
- BÉJEAN S. et GADREAU M. (1997) : « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », *Revue d'Économie Industrielle*, n° 81, p. 77-97.
- BENAMOUZIG D. (2005) : *La santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, Presses universitaires de France.

- BOLTANSKI L. et CHIAPPELLO E. (1999) : *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 843 pages.
- BOLTANSKI L, THEVENOT L. (1991) : *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 485 pages.
- BONAFINI P. (2004) : « Quel management pour quels réseaux ? le cas de la cancérologie, *Journal d'Économie Médicale*, n° 7-8, p. 381-391.
- BOUDON R. (2004) : « Théorie du choix rationnel, théorie de la rationalité limitée ou individualisme méthodologique : que choisir ? », *Journal des Économistes et des Études Humaines*, n° 1, p. 45-62.
- BREUIL-GENIER P. (2001) : « Comment définir des épisodes de soins ? », *Économie Publique*, n° 9, p. 137-159.
- BROUSSEAU E. (2002) : « Contract Economics and the renewal of economics », in E. BROUSSEAU et J.-M. GLACHANT (coord.), *The Economics of Contracts : Theories and Applications*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 3-30.
- BUTTARD A. (2008a) : *Le réseau en santé : une pluralité de fondements théoriques pour une mise en œuvre pertinente*, Thèse de Doctorat es Science Économique réalisée sous la Direction de M. GADREAU, Dijon, Université de Bourgogne, 678 pages.
- BUTTARD A. (2008b) : « Le réseau en santé. Entre confiance et contrat », communication à la *Troisième Journée Jeunes Chercheurs en Économie de la Santé* organisée par la Société Française d'Économie de la Santé et le LIRAES, 23 juin, Université Paris Descartes, papier soumis pour publication, 28 pages.
- BUTTARD A. (2008c) : « Réseau et Droit à la santé », in *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux ?*, Actes des XXVIII^{èmes} Journées de l'Association d'Économie Sociale, Paris, l'Harmattan, p. 139-152.
- BUTTARD A. (2008d) : « La gouvernance du réseau en santé : une régulation duale », *Journal d'Économie Médicale*, n° 5, parution en cours, 19 pages.
- BUTTARD A. (2008e) : « Évaluer le réseau en santé », article accepté sous réserve de modifications, 25 pages.
- CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE (2008) : *Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de Ville. Rapport d'activité 2007*, La Documentation Française (juin), 34 pages.
- CALLON M., LASCOUMES P., BARTHE Y. (2001) : *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Éditions du Seuil, 357 pages.
- CHARREAUX G. (1999) : « La Théorie Positive de l'Agence : lecture et relectures », in KOENIG G. (coord.), *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXI^e siècle*, Paris, Economica, p. 61-141.
- CHARVET-PROTAT S. et CASTRA L. (2002) : « Réseaux de soins : vers le développement d'une nouvelle logique pour l'organisation de l'offre de santé ? » *Revue Sanitaire et Sociale*, n°155, p. 13-23.
- DOMIN J.P. (2003) : « L'expérimentation des réseaux ville-hôpital : l'émergence d'un nouveau mode de régulation dans les services de soins ? », *Économies et Sociétés*, série Économie et Gestion des Services, n° 5, p. 1869-1896.
- DOMIN J.-P. (2006) : « Du droit à la santé au risque sanitaire : une rupture paradigmatique ? », *Économie appliquée*, n° 2, p. 111-136.

- EYMARD-DUVERNAY F (dir.) (2006) : *L'économie des conventions, méthodes et résultats, Tome I et II*, Paris, Éditions La Découverte, 334 pages.
- FAMA E.F. et JENSEN M.C. (1983) : « Separation of Ownership and Control », *Journal of Law and Economics*, vol. 26, p. 301-326.
- FRIEDBERG E. (2002), *Le pouvoir et la règle* (2^e Édition), Paris, Éditions du Seuil, 422 pages.
- FRANC C. (2001) : « Mécanisme de rémunération et incitations des médecins », *Économie Publique*, n° 9, p. 13-36.
- GADREAU M. (2001) : « Le réseau dans le système de santé et l'arbitrage efficacité-équité », *Économie Appliquée*, n° 2, p. 91-128.
- GADREAU M. et VIDEAU Y. (2008), « **Un paradoxe de gouvernance pour l'Assurance maladie ?** », Communication aux Journées de la Gouvernance, Dijon, les 29 et 30 mai 2008 (Édition des actes en cours).
- GRANOVETTER M. (1985) : « Economic Action and Social Structure : The problem of embeddedness », *American Journal of Sociology*, n° 3, p. 481-510.
- GRIGNON M., PARIS V., POLTON D. (2003) : « The Influence of Physician-Payment Methods on the Efficiency of Health Care System », in *Changing Health Care in Canada*, University of Toronto Press, p. 207-239.
- HUET F., LAZARIC N. (2004) : « Apprentissage coopératif et complémentarité des mécanismes de coordination : une étude empirique », *Économies et Sociétés*, n° 8, p. 2073-2103.
- IGAS (2006) : *Contrôle et évaluation du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et de la Dotation de Développement des Réseaux (DDR). Rapport de synthèse*, Paris, La Documentation Française (mai), 163 pages.
- JENSEN M.C. et MECKLING W.H. (1976) : « Theory of the Firm : Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure », *Journal of Financial Economics*, vol. 3, p. 305-360.
- KERLEAU M. (2001), Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers : tendances générales et variations nationales (États-Unis, Royaume-Uni, Québec), *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 2, p. 59-78.
- KNIGHT F.H. (1921) : *Risk, Uncertainty and Profit*, Boston, Houghton Mifflin, 381 pages.
- LAVOIE M. (1992) : *Foundations of Post Keynesians Economic Analysis*, Cheltenham, Edward Edgar Publishing Limited, 461 pages.
- LE GRAND J. (2002) : « Further tales from the British National Health Service, *Health affairs* », n° 3, p. 116-128.
- LÉVY-GARBOUA L. (2004) : « Perception séquentielle et rationalité limitée », *Journal des Économistes et des Études Humaines*, n° 1, p. 63-78.
- MASON A. et SMITH P.C. (2006), « Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 2-3, p. 265-284.
- MORIN S., MORIN A. et FONTENAU R. (2007) : « Evolutions des systèmes Américains d'assurance santé. Première partie : origine, répartition et utilisation des ressources », *Journal d'Économie Médicale*, n° 1, p. 49-69.
- ORLÉAN A. (2002) : « Le tournant cognitif en Économie : croyances sociales et conventions », *Revue d'Économie Politique*, n° 5, p. 717-738.
- PASCAL C., PIOVESAN D., ROBELET M. (2006) : « **Réseau Naître et Bien Être. Rapport d'évaluation finale des exercices 2004-2005-2006** », GRAPHOS-Université Lyon 3 (décembre), 61 pages.

- PELLEGRIN-BOUCHER E, FENNETEAU H. (2007) : « Le management de la coopétition. Le cas du secteur des ERP », *Revue Française de gestion*, n° 176, p. 111-133.
- REVUE ÉCONOMIQUE (1989) : *L'Économie des Conventions*, n° 2 (numéro spécial).
- REYNAUD B. (1998) : « Les conditions de la confiance. Réflexions à partir du rapport salarial », *Revue Économique*, n° 6, p. 1455-1471.
- SALAÜN F. (2003) : « Approche historique du thème des restructurations hospitalières à travers trois exemples parisiens au XIX^e siècle », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 3, p. 1126.
- SEN A. (2004) : « Social Identity », *Revue de Philosophie Économique*, n° 9, p. 7-28.
- SEN A. (2005) : « Why is exactly Commitment important for Rationality ? », *Economics and Philosophy*, n° 1, p. 5-14.
- SIMON H.A. (1955) : « A Behavioural Model of Rational Choice », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 69, p. 99-118.
- SIMON (1976) : « From Substantive to Procedural Rationality », in LATSIS S.J. (dir.), *Method and Appraisal in Economics*, Cambridge University Press, p. 129-148.
- VAN LE T., KABACHI N., LAMURE M., BRÉMOND M. et ROBELET M. (2006) : « Visualisation et analyse de trajectoires patients. Approche méthodologique et outils de visualisation », *Santé et systémique*, n° 1-2, p. 43-69.
- WILLIAMSON O.E. (1979) : « Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations », *Journal of Law and Economics*, vol. 22, p. 233-261.
- WILLIAMSON O.E. « Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives », *Administrative Science Quarterly*, n° 2, p. 269-296.