



HAL
open science

**Mise en perspective empirique de la complexité de
l'articulation des parcours des patients et de la
communication organisationnelle entre systèmes
d'information de santé en France.**

Michel Véret

► **To cite this version:**

Michel Véret. Mise en perspective empirique de la complexité de l'articulation des parcours des patients et de la communication organisationnelle entre systèmes d'information de santé en France.. Sciences de l'information et de la communication. Université de Nantes Angers Le Mans, 2016. Français. NNT: . tel-03357419

HAL Id: tel-03357419

<https://hal.science/tel-03357419>

Submitted on 28 Sep 2021

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

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



UNIVERSITÉ DE NANTES



THÈSE DE DOCTORAT

Mise en perspective empirique de la complexité de l'articulation des parcours des patients et de la communication organisationnelle entre systèmes d'information de santé en France.

Michel VÉRET

Jury

- Rapporteurs : **Roxana Ologeanu**, Maître de conférences HDR
Université de Montpellier II, IAE
Guy Saint-Léger, Maître de conférences HDR
Université Lyon III
- Suffragant : **Jean Desmazes**, Professeur
Université de La Rochelle, IAE
- Invité : **Sylvie Bourdin-Faussereau**, Médecin, La Rochelle
- Directeur de thèse : **Marc Bidan**, Professeur
Université de Nantes, Polytech
- Codirectrice de thèse : **Claire Gauzente**, Professeur
Université de Nantes, IEMN IAE

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Docteur de l'Université de Nantes sous le label de L'Université Nantes Angers Le Mans

École doctorale : DEGEST

Discipline : Sciences de gestion

Spécialité : Systèmes d'information

Soutenu le : 29/02/2016

Thèse n°

Lemna

Résumé :

Les systèmes d'information assistent les organisations dans la réalisation de leurs objectifs. Ils forment aussi leur langage, orienté vers l'action, un système de signes, support de la circulation des idées, des concepts et des connaissances. Dans cette recherche, le paradigme de complexité sert de cadre épistémologique à la systémique pour construire un modèle de valorisation des flux informationnels circulant entre les systèmes d'information, les organisations et leurs environnements. En nous appuyant sur les travaux de G. Saint-Léger (2004, 2013) et ceux de R. Ologeanu (2015), nous nous concentrons sur la description et l'analyse du parcours de soins et de santé d'un patient, parcours qui s'inscrit dans un système complexe. Nous mobiliserons aussi la démarche et les travaux de Min-Yuh Day (2011) qui portent sur la schématisation et la caractérisation de neuf modèles principaux d'acceptation et de satisfaction autour du modèle intégré de Venkatesh (UTAUT, TAM, MM, TRA, TPB, SCT...). Le système de santé se compose d'organisations et de systèmes multiples entre lesquels la communication organisationnelle est un enjeu majeur du travail d'articulation visant à intégrer ces parcours. Notre question de recherche principale peut être ainsi formalisée : la communication en santé oscille-t-elle réellement entre utopie ou réalité ? Elle se décline, tout au long de cette recherche, par deux sous questions, l'une portant sur le comment et l'autre sur le pourquoi de la complexité communicationnelle. Notre démarche méthodologique hybride s'inscrit dans un positionnement épistémologique de tendance constructiviste. Nous avons mené deux enquêtes, l'une auprès des syndicats médicaux, l'autre auprès de professionnels de santé. Elles permettent de formaliser et de mieux comprendre les enjeux de cette communication souvent polyphonique et des formes qu'elle emprunte. Ce travail empirique et exploratoire appelle des approfondissements ultérieurs dans le cadre d'un projet interdisciplinaire. Notre recherche appliquée aux parcours de soins et de santé montre combien ces modèles permettent de mieux percevoir la continuité informationnelle et sa contribution à l'amélioration de la prise en charge des patients au sein de ces réseaux informels dynamiques.

Mots-clés :

Communication en santé, Système d'information, Système de santé, Santé, Processus, Activité, communication organisationnelle

Abstract:

Information systems assist organizations in achieving their objectives. They also form their language, oriented towards action, a system of signs, which supports the circulation of ideas, concepts and knowledge. In this research, the complexity paradigm serves as an epistemological framework for systems to build a model for valuing information flows between information systems, organizations and their environments. Drawing on the work of G. Saint-Léger (2004, 2013) and R. Ologeanu (2015), we focus on describing and analyzing a patient's care and health journey as part of a complex system. We will also mobilize the approach and work of Min-Yuh Day (2011) on the schematization and characterization of nine main models of acceptance and satisfaction around the Venkatesh integrated model (UTAUT, TAM, MM, TRA, TPB, SCT...). The health system is composed of multiple organizations and systems between which organizational communication is a major challenge in the articulation work aimed at integrating these pathways. Our main research question can be formalized as follows: does health communication really oscillate between utopia or reality? Throughout this research, it is divided into two sub-questions, one on how and the other on the reason for the complexity of communication. Our hybrid methodological approach is in line with an epistemological positioning of a constructivist tendency. We conducted two surveys, one with medical unions and the other with health professionals. They make it possible to formalize and better understand the stakes of this often polyphonic communication and the forms it takes. This empirical and exploratory work requires further investigation in the context of an interdisciplinary project. Our research applied to care and health pathways shows how these models improve the perception of informational continuity and its contribution to improving patient care within these dynamic informal networks

Keywords:

Health communication, Information system, Health system, Health, Process, Activity, Organizational Communication

Déclaration d'intérêt :

Je déclare que l'ensemble des travaux afférents au présent document a été réalisé à titre personnel, sur mes fonds propres et mon temps disponible, indépendamment de toute institution, de toute organisation ou de tout organisme assimilé.

Seul l'auteur est responsable des opinions exprimées dans le présent document.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de tout ou partie de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, tout plagiat ou toute reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Code de la propriété intellectuelle. Article L. 122.4

Code de la propriété intellectuelle. Articles L. 335.2 - L. 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Remerciements

« Le jeu n'en vaut la chandelle que si, en dehors de toute considération de carrière, vous souhaitez tenter pour elle-même l'aventure de la thèse. Sinon le prix à payer risque d'être lourd pour un résultat incertain » Herzlich Claudine (2002). Réussir sa thèse en sciences sociales, Paris : Nathan, p. 14.

La thèse est une grande aventure personnelle. Si celle-ci s'effectue à la façon d'un long voyage en solitaire, à la découverte de l'une des facettes de notre société, elle se réalise aussi grâce aux multiples interactions entre les personnes qui m'ont fait l'honneur de me guider et m'accompagner dans cette aventure, mais aussi toutes les personnes et organisations qui ont contribué, directement ou indirectement, à mener ce voyage à terme.

En premier lieu, je tiens à remercier tout particulièrement mes codirecteurs de thèse, Marc Bidan, Professeur des Universités en Management des SI à l'Université de Nantes, École Polytechnique de Nantes, et Claire Gauzente, Professeur des Universités en Marketing à l'Université de Nantes, IEMN IAE, qui, en dépit de leurs responsabilités et leurs nombreux engagements, ont accepté de m'accompagner et me soutenir au cours de ce voyage depuis le MAE en 2009.

Je remercie aussi les membres du Jury qui, malgré des emplois du temps très chargés, m'ont fait l'honneur d'évaluer ce travail et de participer à mon jury de thèse :

Jean Desmazes, Professeur, Université de La Rochelle - IAE, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et en m'apportant un éclairage fort utile sur les multiples dimensions de la notion de retour sur investissement ;

Roxana Ologeanu-Taddei, MCF HDR, Université de Montpellier II, pour nos échanges fructueux sur des thématiques communes, dont les projets d'informatisation hospitaliers et les dossiers électroniques de santé ;

Guy Saint-Léger, MCF HDR, Université Lyon III. Merci, Maître Guy, pour nos conversations fort enrichissantes lors de nos rencontres et pour avoir éclairé, avec votre représentation schématique, les problématiques de partage des rôles, des fonctions, voire des pouvoirs réels au sein d'activités lors de leurs réorganisations ;

Entre l'idée initiale et sa réalisation, il s'est écoulé un temps certain, temps au cours duquel il m'a fallu organiser la pensée, l'idée du voyage, trouver les conditions opportunes de sa réalisation et, enfin, le faire. Dans un contexte incertain, Jean-Pierre Bréchet et toute l'équipe du Master d'administration des entreprises – MAE – de l'IAE de Nantes m'ont permis de « remettre le pied à l'étrier ».

Par la suite, Frantz Rowe, responsable du Master des métiers du conseil et de la recherche – M2MCR, et toutes les personnes rencontrées au cours de cette période riche et intense, les enseignants, les professionnels, le personnel administratif, les étudiants du master, m'ont accordé leur confiance dans la réalisation de mes projets, ont su ouvrir les esprits à d'autres horizons et les enrichir de connaissances et expériences nouvelles.

C'est aussi grâce à toutes ces personnes, tant par leurs critiques positives que par leur soutien que je me suis lancé dans cette aventure. Je les remercie très sincèrement.

Cette aventure ne peut se faire qu'au travers de la découverte d'une contrée. Si, en lien avec mon parcours personnel et professionnel, la santé n'est pas pour moi « *terra incognita* », approcher son fonctionnement « intime », au quotidien, ne peut se faire sans ses acteurs qui œuvrent au jour le jour dans des contextes singuliers.

Mes remerciements vont en premier lieu au Docteur Bourdin-Faussereau qui a accepté de jouer le jeu et fait en sorte que je puisse avancer dans ce territoire complexe. En répondant

toujours à mes sollicitations, elle m'a permis à la fois d'aborder le terrain de la communication entre les professionnels de santé et sa complexité sous l'angle des professionnels de santé et n'a pas hésité à m'ouvrir des portes pour aller plus en avant dans ma démarche. Je la remercie très sincèrement.

Parler de santé, de communication, de parcours, de systèmes d'information, de TIC... ne peut se faire sans rencontrer, échanger, confronter les opinions et les points de vue, construire certains cas, avec les professionnels qui en sont les principaux acteurs et participants. Ces rencontres ont été l'occasion d'échanger avec des personnes passionnantes et passionnées, ces échanges ont toujours été très enrichissants, à tous les niveaux. L'aventure aurait été incomplète sans eux. Je remercie toutes les personnes qui ont accepté de participer à ma *longue* enquête, pour leur ouverture d'esprit, leur écoute, leurs conseils, leurs apports, nos échanges très riches et leurs remarques pertinentes.

L'aventure professionnelle, l'aventure de la thèse sont faites de rencontres, certaines fugaces, d'autres s'inscrivant sur le long terme. Plutôt que d'indiquer ici une longue liste de noms en prenant le risque d'en oublier, je conclurais ici en remerciant toutes les personnes qui m'ont accompagné, de façon directe ou indirecte, dans ces aventures, mes anciens collègues des Masters, les compères du LEMNA, sans oublier l'ensemble du personnel administratif.

Votre présence, vos conseils, vos apports ont contribué à ce travail et enrichi mes connaissances et mon expérience.

Avant de conclure, je remercie mon père pour les valeurs qu'il m'a données, il est parti avant que je n'aie pu finir ce travail. C'est à lui et à Manon à qui je dédie ce travail. Manon, puisse ce voyage t'éclairer un peu plus sur ce qui m'a animé dans cette aventure, et te donner le goût de tenter la tienne plus tard.

Enfin, en guise de clin d'œil, je dédie cette citation de Nicolas Boileau à Marc Bidan qui m'a aidé à me recentrer sur mon sujet, me faisant maintes fois élaguer mon arbre de pensée et couper les « branches mortes ». Faire simple, faire court...

*Avant donc que d'écrire, apprenez à penser.
Selon que notre idée est plus ou moins obscure,
L'expression la suit, ou moins nette, ou plus pure.
Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement,
Et les mots pour le dire arrivent aisément.*

*Hâtez-vous lentement, et sans perdre courage,
Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage,
Polissez-le sans cesse, et le repolissez,
Ajoutez quelquefois, et souvent effacez.
Nicolas Boileau, « L'art poétique » (1674)*

Sommaire

| | |
|---|-----|
| Remerciements..... | 1 |
| Liste des figures..... | vii |
| Liste des tableaux..... | ix |
| Sigles et acronymes..... | xi |
| Introduction générale..... | 1 |
| Un environnement communicationnel complexe..... | 2 |
| Tics, (big) data et santé..... | 4 |
| Quelle articulation retenir ?..... | 6 |
| Première partie..... | 9 |
| Une mise en perspective conceptuelle, un questionnement en deux actes..... | 9 |
| Prélude..... | 11 |
| Temps et Communication..... | 24 |
| Communiquer en santé..... | 26 |
| ... C'est aussi communiquer sur la et sa santé..... | 27 |
| ... En respectant un cadre bien défini..... | 28 |
| Communication, données, information, message, connaissance ou technologies..... | 29 |
| 1. La santé..... | 35 |
| 1.1 Mais de quelle santé parlez-vous ?..... | 35 |
| 1.2 Un contexte évolutif, y compris dans les rôles..... | 42 |
| 1.3 S'inscrivant dans un paysage complexe..... | 43 |
| 1.4 Et bien d'autres réalités..... | 46 |
| 1.5 En résumé..... | 46 |
| 2. Systèmes de santé ?..... | 49 |
| 2.1 L'OMS et le système de santé idéal..... | 51 |
| 2.2 ... confronté aux systèmes de santé « locaux »..... | 54 |
| 2.3 En résumé..... | 67 |
| 3. Professionnels de santé..... | 68 |
| 3.1 Une appellation « simple »..... | 70 |
| 3.1.1 Qui regroupe :..... | 72 |
| 3.1.2 Des professions médicales..... | 72 |
| 3.1.3 Et paramédicales, les auxiliaires médicaux..... | 74 |
| 3.2 Des médecins, des histoires, des outils, des coûts..... | 74 |
| 3.2.1 Une longue histoire..... | 74 |
| 3.2.2 À propos d'informatisation..... | 76 |
| 3.2.3 Les technologies, la santé et les coûts..... | 78 |
| 3.3 En première synthèse..... | 80 |
| 4. Parcours : soins, santé et vie..... | 81 |
| 4.1 Introduction..... | 81 |
| 4.2 Quels parcours, quelles approches ?..... | 83 |
| 4.3 Le parcours, une notion polysémique..... | 85 |
| 4.3.1 Étymologie..... | 85 |
| 4.3.2 Un mot, des définitions, des enjeux multiples..... | 87 |
| 4.3.3 Parcours et stratégie nationale de santé – SNS (2013)..... | 89 |
| 4.3.4 Le parcours vu des opérateurs d'État..... | 93 |
| 4.4 Des parcours, notre approche..... | 103 |
| 4.4.1 Introduction..... | 103 |
| 4.4.2 Parcours de soins..... | 105 |
| 4.4.3 Parcours de santé..... | 105 |
| 4.4.4 Parcours de vie..... | 106 |

| | |
|---|-----|
| 4.4.5 Les parcours ensemble..... | 106 |
| 4.5 Des parcours aux modèles d'intégration des soins..... | 108 |
| 4.5.1 De la politique à la réalité..... | 108 |
| 4.5.2 Gestion des cas, intégration..., des solutions multiples dépendant des environnements.. | 109 |
| 4.5.3 Les lois de Leutz et le managed care..... | 110 |
| 4.5.4 Des-intégrations..... | 111 |
| 4.6 En résumé..... | 113 |
| Seconde partie..... | 114 |
| Mise en perspective empirique et constats..... | 114 |
| 5. Positionnement épistémologique et démarche..... | 116 |
| 5.1 Introduction..... | 116 |
| 5.2 De l'intérêt des approches multiples..... | 117 |
| 5.3 ... Dans une réflexion arborescente..... | 118 |
| 5.4 Nos démarches et approches..... | 121 |
| 5.5 Épistémologie et positionnement..... | 124 |
| 5.6 Réflexions autour de la systémique..... | 126 |
| 5.6.1 Introduction..... | 126 |
| 5.6.2 Systémique, une brève approche historique..... | 126 |
| 6. Un contexte, des intervenants, des approches et des parcours multiples..... | 132 |
| 6.1 Introduction..... | 132 |
| 6.2 La genèse de la problématique..... | 135 |
| 6.3 Un questionnement initial à plusieurs facettes..... | 140 |
| 6.4 Une appréhension d'une réalité..... | 142 |
| 6.4.1 La partie émergée..... | 144 |
| 6.4.2 La zone de transition..... | 154 |
| 6.4.3 La partie immergée : de multiples phénomènes sous-jacents..... | 160 |
| 6.4.4 La théorie néo-institutionnelle..... | 171 |
| 6.4.5 À propos des isomorphismes..... | 175 |
| 6.4.6 Et de leur applicabilité à notre problématique..... | 177 |
| 6.5 Notre approche, une vue générale..... | 183 |
| 6.5.1 Introduction..... | 183 |
| 6.5.2 Principes, contexte et contraintes de la communication en santé..... | 185 |
| 6.5.3 Notre cadre d'approche des communications en santé..... | 185 |
| 6.6 Communication et niveaux d'interaction..... | 189 |
| 6.6.1 Le niveau 1..... | 189 |
| 6.6.2 Le niveau 2..... | 193 |
| 6.6.3 Le niveau 3..... | 193 |
| 6.7 La genèse du modèle et ses sources..... | 193 |
| 6.7.1 Introduction..... | 193 |
| 6.7.2 Les approches processuelles, point de départ..... | 195 |
| 6.7.3 Le dossier et l'infrastructure informationnelle..... | 198 |
| 6.7.4 Le dossier et l'Informatique médicale..... | 200 |
| 6.7.5 Le « contexte fermé »..... | 204 |
| 6.7.6 Le « contexte ouvert »..... | 205 |
| 6.7.7 Et leurs influences sur les interactions..... | 206 |
| 6.7.8 Processus, notre approche..... | 208 |
| 6.7.9 Pourquoi parler ici de processus ?..... | 211 |
| 6.7.10 Quels supports : Analyse et théories des organisations..... | 214 |
| 6.7.11 Les processus, des définitions et des sources multiples..... | 216 |
| 6.7.12 Processus et théorie de l'activité..... | 222 |
| 6.7.13 Processus et fonctions (acteurs)..... | 230 |
| 6.7.14 Shared-Object, objet-intermédiaire, objet-frontière..... | 231 |
| 6.8 Les apports à notre démarche..... | 234 |

| | |
|---|-----|
| 7. La Communication..... | 236 |
| 7.1 Introduction..... | 236 |
| 7.2 La communication, vue de l'ontologie du W3C..... | 242 |
| 7.3 Et du CNRTL..... | 243 |
| 7.4 Communication organisationnelle : prémices..... | 243 |
| 7.5 La communication organisationnelle..... | 249 |
| 7.6 Principes de communication dans notre contexte..... | 254 |
| 7.6.1 Introduction..... | 254 |
| 7.6.2 Coopération ou Coordination..... | 256 |
| 7.7 Communication et relations humaines..... | 259 |
| 7.8 En conclusion..... | 261 |
| 8. Enquête : genèse et démarche..... | 263 |
| 8.1 L'identification des thématiques principales..... | 263 |
| 8.2 Identifier les thématiques..... | 265 |
| 8.2.1 Les parcours vus par les dépêches de presse..... | 265 |
| 8.3 Parcours et Communication vus des thèses..... | 266 |
| 8.3.1 Approches « non médicales » et groupes de recherche..... | 266 |
| 8.3.2 Autres supports..... | 269 |
| 8.3.3 Les approches en médecine (générale)..... | 270 |
| 8.4 La construction du questionnaire..... | 276 |
| 8.5 Un Delphi aménagé : contributions..... | 277 |
| 8.6 Un questionnaire en quatre parties..... | 280 |
| 8.6.1 L'introduction..... | 280 |
| 8.6.2 La première partie..... | 281 |
| 8.6.3 La seconde partie..... | 282 |
| 8.6.4 La troisième partie..... | 282 |
| 8.7 Proposé sur différents supports..... | 282 |
| 8.8 La réalisation de l'enquête post-validation..... | 283 |
| 8.8.1 Caractéristiques de l'échantillon..... | 283 |
| 8.8.2 Réponses à l'enquête..... | 284 |
| 8.9 En guide de première conclusion..... | 284 |
| 9. Apports..... | 286 |
| 9.1 Introduction..... | 286 |
| 9.2 Informations, informatisation et communication..... | 286 |
| 9.3 Une approche sur plusieurs niveaux..... | 288 |
| 9.4 Des projets sociétaux..... | 289 |
| 9.5 Modèles et supports théoriques..... | 290 |
| 9.6 Conversations, textes, processus, activités..... | 294 |
| 10. Limites et Perspectives..... | 297 |
| 10.1 Les limites du projet d'enquêtes..... | 297 |
| 10.2 Les limites du modèle..... | 298 |
| 10.3 Quelles perspectives ?..... | 300 |
| 10.4 En conclusion (1) - Sens et questions..... | 301 |
| 10.5 En conclusion (2) - Sens et temporalité..... | 303 |
| Bibliographie..... | 304 |
| Annexes..... | 329 |
| A Des parcours et des interventions..... | 331 |
| B Les Examens classants nationaux, une évolution dans le temps..... | 332 |
| C Professions médicales et Santé, une approche historique..... | 338 |
| C.I Introduction..... | 338 |
| C.II De l'Antiquité à la fin de l'Ancien Régime..... | 340 |
| C.II.1 De l'importance des premiers écrits..... | 340 |
| C.II.2 Chez les Égyptiens..... | 340 |

| | | |
|--------|--|-----|
| C.II.3 | À la vallée de l'Indus..... | 342 |
| C.II.4 | En passant en Chine..... | 342 |
| C.II.5 | Pour revenir à Babylone puis..... | 343 |
| C.II.6 | ... à l'émergence de la médecine occidentale..... | 343 |
| C.III | La période révolutionnaire et la révolution industrielle..... | 350 |
| C.IV | Le retour du syndicalisme médical..... | 355 |
| C.IV.1 | Les années 1800, structuration et reconnaissance..... | 355 |
| C.IV.2 | Début 1900, gratuité des soins et défense des droits..... | 359 |
| C.IV.3 | Les années 1920 : lois sociales et opposition..... | 363 |
| C.V | L'évolution du paysage..... | 366 |
| C.V.1 | Le paysage hospitalier, de l'ancien régime à la fin des années 1950..... | 366 |
| C.V.2 | 1945, le paysage social évolue..... | 371 |
| C.V.3 | La recherche découvre l'atome et la réanimation..... | 372 |
| C.VI | La seconde partie du XXe siècle..... | 372 |
| C.VI.1 | L'après-guerre..... | 372 |
| C.VI.2 | La réforme de 1958..... | 375 |
| C.VI.3 | 1970 : le service public hospitalier..... | 379 |
| C.VI.4 | 1979 : la maîtrise des dépenses de santé..... | 382 |
| C.VI.5 | Les années 1980 : réformes et oppositions..... | 384 |
| C.VI.6 | Les années 1990 : Les lois Évin, les ordonnances Juppé..... | 389 |
| C.VI.7 | Les plans et lois de 2000..... | 398 |
| | Annexes : Bibliographie..... | 417 |
| D | Questionnaire - Introduction..... | 424 |
| D.I | Les communications..... | 424 |
| D.II | Le questionnaire..... | 425 |
| D.III | Son articulation..... | 426 |
| D.IV | Sa présentation..... | 426 |
| E | Précisions et compléments par rapport au questionnaire..... | 427 |
| E.I | Code questionnaire et votre rôle principal..... | 427 |
| E.II | À propos des « Jeux de mots »..... | 428 |
| E.III | À propos de coopération et de coordination..... | 428 |
| F | Le questionnaire et vos réponses..... | 430 |
| F.I | Votre rôle..... | 430 |
| F.II | Pour obtenir les résultats..... | 430 |
| G | Mots et concepts..... | 431 |
| G.I | Jeux de mots..... | 431 |
| G.II | Les Avantages des médias utilisés..... | 432 |
| G.III | ... et leurs inconvénients..... | 432 |
| H | Le patient, ses demandes et exigences..... | 433 |
| I | Votre réseau informel..... | 434 |
| I.I | En ce qui concerne votre réseau informel :..... | 434 |
| I.II | Les nouveaux venus..... | 434 |
| J | Les technologies de l'information (TIC)..... | 435 |
| J.I | Les avantages et les freins de l'utilisation des TIC..... | 435 |
| J.II | Les avantages et les freins au partage d'information..... | 435 |
| K | Vos habitudes et vos attentes..... | 436 |
| K.I | Vos envois..... | 436 |
| K.II | Le moment de la rédaction de vos courriers..... | 437 |
| K.III | Les correspondances que vous recevez..... | 437 |
| K.IV | Les délais de réponse de vos correspondants..... | 438 |
| K.V | Le patient..... | 438 |
| K.VI | Les formes de la communication..... | 439 |
| K.VII | Les logiciels et les usages..... | 439 |

| | | |
|--------|---|-----|
| K.VIII | Mobilité et Internet..... | 440 |
| K.IX | Votre correspondance et vos échanges..... | 440 |
| K.X | Plus précisément, à propos de vos échanges..... | 441 |
| L | L'informatique !..... | 442 |
| L.I | Actuellement..... | 442 |
| M | L'avenir..... | 442 |
| N | Tout ce que vous auriez aimé dire..... | 443 |
| O | Vos commentaires et remarques..... | 443 |
| P | Pour mieux vous connaître..... | 443 |
| Q | Votre fonctionnement actuel..... | 447 |
| Q.I | Vos courriers - généralités d'envoi..... | 447 |
| Q.II | Mieux communiquer..... | 448 |
| Q.III | Mon Agenda..... | 449 |
| Q.IV | Avantages et inconvénients..... | 449 |
| Q.V | Les outils que j'utilise déjà..... | 449 |
| Q.VI | Ma messagerie..... | 450 |
| Q.VII | Vos commentaires et remarques..... | 450 |
| R | Vos correspondants et vos envois..... | 452 |
| R.I | La fréquence de vos envois..... | 452 |
| R.II | Quels moyens de transmission utilisez-vous pour vos envois ?..... | 454 |
| S | Les informations échangées..... | 456 |
| S.I | Les informations transmises..... | 456 |
| S.II | Par rapport à ce que vous recevez, vous diriez..... | 459 |
| T | Dans un « monde idéal »..... | 461 |
| T.I | Tout partager : Votre point de vue..... | 462 |
| T.II | ou, de façon plus globale..... | 463 |
| T.III | Vos commentaires et remarques..... | 463 |

Liste des figures

| | |
|---|-----|
| Figure 1 : Les principaux déterminants de santé..... | 37 |
| Figure 2 : Problèmes d'accès aux soins liés aux coûts en 2010..... | 46 |
| Figure 3 : Les systèmes de santé vus de l'OCDE..... | 57 |
| Figure 4 : Différents cadres d'approche des systèmes de santé..... | 58 |
| Figure 5 : Une approche du système de santé..... | 61 |
| Figure 6 : Les acteurs du système de santé en France vu de l'Italie..... | 62 |
| Figure 7 : Les interrelations par grands rôles..... | 65 |
| Figure 8 : Les limites de notre domaine d'étude..... | 67 |
| Figure 9 : Une image du parcours..... | 88 |
| Figure 10 : Des parcours imbriqués..... | 106 |
| Figure 11 : ... qui s'échelonnent dans le temps..... | 107 |
| Figure 12 : Arbre des termes utilisés dans le champ des soins collaboratifs..... | 112 |
| Figure 13 : L'arbre et les approches (1)..... | 118 |
| Figure 14 : L'arbre et les approches (2)..... | 119 |
| Figure 15 : L'arbre et les approches (3)..... | 119 |
| Figure 16 : L'arbre et les approches (4)..... | 120 |
| Figure 17 : Chercheur et consultant : deux mondes incompatibles ?..... | 123 |
| Figure 18 : Le paradigme systémique selon Le Moigne..... | 127 |
| Figure 19 : Le dossier, un concentrateur d'informations..... | 136 |
| Figure 20 : La ligne de vie et les dossiers..... | 137 |
| Figure 21 : Des dossiers, des besoins et des architectures multiples, du soin à la santé..... | 138 |
| Figure 22 : ... dans un environnement complexe, avec des finalités multiples..... | 139 |
| Figure 23 : Une réalité complexe souvent abordée en surface..... | 142 |
| Figure 24 : Le modèle TAM de Davis..... | 148 |
| Figure 25 : Le modèle TAM2 de Venkatesh..... | 148 |
| Figure 26 : Le modèle unificateur UTAUT de Venkatesh (1)..... | 149 |
| Figure 27 : Le modèle unificateur UTAUT de Venkatesh (2)..... | 149 |
| Figure 28 : Le modèle de recherche de la satisfaction des utilisateurs..... | 150 |
| Figure 29 : Et le modèle final IUSTA..... | 150 |
| Figure 30 : Le modèle TAM3..... | 151 |
| Figure 31 : Processus d'analyse de l'imaginaire technique reposant sur la spirale idéologie/utopie..... | 158 |
| Figure 32 : TNI, le niveau macro..... | 178 |
| Figure 33 : Une illustration des liens « faibles » intermédiés..... | 179 |
| Figure 34 : Le système d'ensemble, multi-niveaux, inspiré par la TNI..... | 180 |
| Figure 35 : Le modèle conceptuel d'une organisation – Hatch..... | 181 |
| Figure 36 : Nolte (2008) Segmentation de la population en fonction des risques..... | 183 |
| Figure 37 : Principes, contexte et contraintes de communication, modèle général..... | 185 |
| Figure 38 : Les soins et le niveau de recours..... | 186 |
| Figure 39 : Notre contexte d'étude des communications en santé..... | 187 |
| Figure 40 : Principes, contexte et contraintes de communication, conversations et textes..... | 188 |
| Figure 41 : Wonca & Médecine générale : Activité, compétences et caractéristiques..... | 191 |
| Figure 42 : La prise en charge, un cycle dynamique entre acteurs (1)..... | 196 |
| Figure 43 : La prise en charge, un cycle dynamique entre acteurs (2)..... | 197 |
| Figure 44 : Un processus « générique » de prise en charge..... | 198 |
| Figure 45 : L'organisation en tant que réseau dynamique (1)..... | 207 |
| Figure 46 : Représentation schématique d'un processus opérationnel et de son environnement..... | 212 |
| Figure 47 : L'organisation en tant que réseau dynamique (2)..... | 212 |
| Figure 48 : Chronologie des sciences de l'organisation..... | 214 |

| | |
|---|-----|
| Figure 49 : L'accélération du temps ou comment aligner les organisations sur les décisions politiques | 221 |
| Figure 50 : La hiérarchie activité, actions, opération | 224 |
| Figure 51 : Les 3 générations de la CHAT | 224 |
| Figure 52 : Deux systèmes interagissant – Engeström | 226 |
| Figure 53 : ActAd : la fusion des 3 modèles | 229 |
| Figure 54 : ActAd : L'activité vue comme un système | 229 |
| Figure 55 : Une approche simplifiée des échanges dans les parcours | 249 |
| Figure 56 : Interactions, communication et contraintes | 260 |
| Figure 57 : Thèses « généralistes » soutenues par disciplines | 268 |
| Figure 58 : Thèses « généralistes » en cours par disciplines | 268 |
| Figure 59 : Ensemble des thèses « généralistes » par disciplines | 269 |
| Figure 60 : Thèses en médecins. Répartition de la sélection | 274 |
| Figure 61 : Pour une expansion des sciences de l'information (et de la communication) | 292 |
| Figure 62 : Contacts et interventions (ronds rouges) | 331 |
| Figure 63 : ECN : Rangs relatifs des spécialités/200 1ers choix (hommes et femmes) | 335 |
| Figure 64 : ECN : Rangs relatifs des spécialités/200 1ers choix (Femmes) | 336 |
| Figure 65 : ECN : Rangs relatifs des spécialités/200 1ers choix (Hommes) | 337 |

Liste des tableaux

| | |
|--|-----|
| Tableau 1 : La répartition des professions de santé 2012 - 2014..... | 71 |
| Tableau 2 : Un changement de paradigme en santé..... | 103 |
| Tableau 3 : Représentations sociales, noyau et système périphérique..... | 134 |
| Tableau 4 : Les 3 piliers des institutions..... | 167 |
| Tableau 5 : Les 4 vecteurs institutionnels..... | 167 |
| Tableau 6 : Facteurs favorisants et limitants de la coopération..... | 257 |
| Tableau 7 : Les disciplines des thèses, hors médecine..... | 267 |
| Tableau 8 : Critères de recherche des thèses en médecine sur les parcours et la communication..... | 271 |
| Tableau 9 : Activités de prescription et communication..... | 277 |
| Tableau 10 : Évaluation du questionnaire et contributions..... | 279 |
| Tableau 11 : ECN Attractivité par groupes de spécialités (2012)..... | 332 |
| Tableau 12 : Répartition globale des spécialités aux ECN 2013..... | 333 |
| Tableau 13 : Répartition des spécialités, hommes et femmes (en nombre, ECN 2013)..... | 334 |
| Tableau 14 : Répartition hommes et femmes, ECN toutes spécialités..... | 335 |
| Tableau 15 : Mode de rémunération des médecins ou des professionnels de santé..... | 404 |

Sigles et acronymes

ABM: Activity-based costing
ACM: Adaptive (or Advanced) Case Management
AFNOR : Association française de normalisation
AGIL: Adaptation, Goal, Integration, Latent function
AHIS: Ancillary Health Information Systems
AHRQ: Agency for Healthcare research and quality
AHU : Assistant hospitalier universitaire
AIM : Association Information & Management
AIMS : Association Internationale de Management stratégique
AIS: Administrative Information System
ALD : Affection longue durée
AMC : Assurance maladie complémentaire
AMIA: American Medical Informatics Association
AMO : Assurance maladie obligatoire
AMOA : Assistance à la MOA (cf. MOA)
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARH : Agence régionale d'hospitalisation (voir ARS)
ARS : Agence régionale de santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BI: Business Intelligence
BPA: Business process analysis
BPM: Business Process Management
BPR: Business Process Reengineering
BSC: Balanced Score Card
CADES : Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CBP : Contrat de bonnes pratiques
CCA : Chef de clinique assistant
CCAM : Classification commune des Actes médicaux
CCM: Chronic care model
CCO : Communication constitutive des organisations. The constitutive role of communication in organizations.
CDA: Clinical Document architecture
CEN : Comité européen de normalisation
CESE : Conseil économique et social
CH : Centre hospitalier
CHIS: Core Health Information Systems
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHT : Communautés hospitalières de territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIGREF : Club Informatique des Grandes Entreprises françaises
CIS: Clinical Information Systems
CISP : Classification internationale des Soins primaires
CMP : Centre médico-psychologique
CMR : Comité médical de la Résistance
CMU : Couverture maladie universelle
CNAM-TS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV-TS : Caisse nationale d'Assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNRTL : Centre National de ressources textuelles et lexicales
CNS : Conférence nationale de santé
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CONTSYS: European Standard EN 13 940 "Health Informatics–System of concepts to support continuity of care"
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOE: Computerized Physician Order Entry
CPOM : Contrats pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CPP : Contrats de (bonnes) pratiques professionnelles (voir CBP)
CPR: Computerized Patient Record
CPS : Carte de professionnel de santé
CRDS : Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CRIH : Centre Régional d'Informatique Hospitalière
CRM: Customer relationship management
CRS : Conférence régionale de santé
CSG : Contribution sociale généralisée
CSMF : Confédération des syndicats médicaux français
CSP : Contrats de santé publique
CSS : Code de la Santé publique
DCI : Dénomination commune internationale
DES : Dossier Électronique de Santé, voir DSE.
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (voir DGOS)
DIM : Département d'information médicale
DISTIC : Dispositifs sociotechniques d'information et de communication
DME : Dossier médical électronique
DMI : dans notre contexte, Dossier médical informatisé (voir DME)
DMP : Dossier médical personnel
DMP-2 : DMP « nouvelle formule », relancé en 2013
DPC : Développement professionnel continu
DPE : Dossier patient électronique
DPI : Dossier patient informatisé (voir DPE)
DPP : Dossier patient partagé (DPPR – régional)
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultation

DSE : Dossier de santé électronique, plus ou moins équivalent au DPE. Ce même acronyme peut s'utiliser pour le Dossier de soins électronique.

DSI - DSIO : Direction des systèmes d'information (et de l'Organisation). Direction des (du) systèmes informatiques. Ce même acronyme peut s'utiliser pour le Dossier de soins informatisé.

DSIH : Direction des systèmes d'information hospitaliers

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSS : Direction de la sécurité sociale

EBM: Evidence Based Medicine

ECN : Examen classant national

ECR: Electronic Care Record (see DSE)

EDI : Échange de données informatisé

EHCR: Electronic HealthCare Record (see DSE)

EMR: Electronic Medical Record (see DME)

EMRAM: EMR Adoption Model

EMS : Établissement médico-social

ENMR : Expérimentation des nouveaux modes de rémunération

EPO: Exclusive Provider organization (Soins aux États-Unis)

EPR: Electronic Patient Record (see DPE)

EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses

ERP: Enterprise Resource Planning (see PGI)

ESPIC : Établissements de Santé privés d'Intérêt collectif.

ETMO : Équivalent thérapeutique au médicament d'origine

FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance privés (non lucratifs)

FEIMA : Fédération des Éditeurs d'Informatique médicale et Paramédicale ambulatoire

FHF : Fédération des Hôpitaux de France

FHP : Fédération des Hôpitaux Privés

FIQCS : Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins

FIR : Fonds d'Intervention régional

FMF : Fédération des médecins de France

FMI : Fonds monétaire international

FNEHAD : Fédération nationale des Établissements d'Hospitalisation À Domicile

FNHL : Fédération nationale des Hôpitaux locaux

FNLCC : Fédération nationale de Lutte contre le Cancer

FSE : Feuille de soin électronique

FSMF : Fédération syndicale des médecins français

GAFA : acronyme pour Google, Apple, Facebook, Amazon

GAM : Gestion administrative des Malades

GEF : gestion économique et financière

GHM : Groupe Homogène de Malades

GIE : Groupement d'intérêt économique

GIP : Groupement d'intérêt public

GMSIH : Groupement de Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers

GRH : Gestion des Ressources humaines

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP : Haut Comité de la santé publique
HIE: Healthcare information exchange
HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act
HIS: Healthcare Information System, système orienté « Production des Soins »
HIS: Hospital Information System
HMO: Health Maintenance Organization (lien aux PCP, réseau fermé, Soins aux États-Unis)
HPST : Hôpital, patients, santé et territoires (Loi)
HSCP : Haut conseil de la santé publique
ICEHR: Integrated Care EHR (see EHR)
IGAS : Inspection générale des Affaires sociales
IHE: Integrated Healthcare Enterprise
INMH : Intersyndicale nationale des médecins hospitaliers (voir INPH)
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INPH : Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers
INS : Identifiant national de Santé
IOM: Institute of Medicine
IPA: Independent Practice Association (Soins aux États-Unis)
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IS: Information system (voir système d'information)
ISNI : Intersyndicat national des internes
ISNIH : Intersyndicat national des internes des hôpitaux (voir ISNI)
IT: Information technology
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
LIS: Laboratory Information System
LMD : Licence - Master - Doctorat (réforme des)
LOLF : Loi organique relative aux lois de finances
MAE : Master d'administration des entreprises
MAINH : Mission nationale d'Appui à l'INvestissement Hospitalier
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique (France)
MCO: Managed Care Organization (see HMO and PPO)
MCU-PH : Maître de conférences des universités – praticien hospitalier
MDM: Master Data Management
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MEAH : Mission d'Étude et d'Audit Hospitaliers
MESH: Medical Subject Headings
MG : Médecin généraliste
MGEN : Mutuelle générale de l'éducation nationale
MMS: Multimedia Messaging Service
MOE : Maîtrise d'œuvre
MRM: Master Rules Management
MSA : Mutualité sociale agricole
MUMPS: Massachusetts General Hospital Utility Multi-Programming System
NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

NHS: National Health Service
NIP : Numéro d'Identité patient
NMR : Nouveaux modes de rémunération
NTIC : nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (cf. TIC)
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OECD: See OCDE
OMS : Organisation mondiale de la Santé
OMT: Object Modeling Technique
ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
OOAD: Object Oriented Analysis and Design
OOSE: Object-Oriented Software Engineering
PACS: Picture Archiving and Communication System
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PCIS: Patient Care Information System
PCP: Primary Care Physician (Lien aux HMO, Soins aux États-Unis)
PDS : Permanence des soins
PFFS: Private Fee-for-service (Soins aux États-Unis)
PGI : Progiciel de Gestion intégré (voir ERP)
PH : Praticien hospitalier
PHR: Personal Health Record
PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique
PHU : Praticien hospitalier universitaire
PIB : Produit intérieur brut
PIS or PHIS: Pharmacy Information System
PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
POS: Point-of-service plans (Soins aux États-Unis, combinaison de HMO et PPO au sein d'un réseau)
PPO: Preferred Provider organization (Réseau ouvert, Soins aux États-Unis)
PRS : Programmes régionaux de santé
PRSP : Plan régional de santé publique
PSPH : Participant au Service public Hospitalier.
PUI : Pharmacie à usage interne.
PU-PH : Professeur des universités - Praticien hospitalier
RHIS: regional Healthcare Information System
RIM: Reference Information Model
RIS: Radiology Information System
RMO : Référence médicale opposable
RM-ODP: Reference Model of Open Distributed Processing
ROR : Répertoire opérationnel des ressources
ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
RPPS : Répertoire partagé des Professionnels de Santé
RSIO : Responsable des Systèmes d'Information et d'Organisation (voir DSIO)
RSS : Réseau Santé - Social
SEHR: Shareable EHR (see EHR)
SFMG : Société française de médecine générale

SGMAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SHS : Sciences humaines et sociales
SI : Système d'information (dans le contexte du document)
SIAD : Soins infirmiers à domicile
SIH : Système d'Information Hospitalier.
SIOPHIS : Système d'Information Opérationnel et Fonctionnel Humainement Intégré et Stimulant
SIS : Système d'Information de Santé.
SMUR : Service médical d'urgence
SNIIRAM : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie
SNJMG : Syndicat national des jeunes médecins généralistes
SNMOF : Syndicat national des médecins-omnipraticiens français (MG-France)
SNPHAR : Syndicat National Des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes - Réanimateurs
SOA: Service Oriented Architecture.
SROS : Schémas régionaux d'Organisation sanitaire
STIC : Sciences et Technologies de l'Information et de la Communication
SyS : Système de Santé (dans le contexte du document)
TAP : Théorie de l'action planifiée
TAPAM : Tableaux de bord prévisionnels d'activité et de moyens
TCI : Théorie des comportements interpersonnels
TI : Technologies de l'Information (cf. TIC)
TIC : Technologies de l'Information et de la Communication
TSN : Territoire de Soins Numérique
UHR: Universal Health Record
UML: Unified Modeling Language
UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNOF : Union Nationale des Omnipraticiens Français
UNPS : Union nationale des professions de santé
UNSA : Union nationale des syndicats autonomes
UPATOU : Unité Proximité Accueil Traitement et Orientation Urgences
URML : Union Régionale des Médecins libéraux
URPS : Union régionale des professionnels de santé (ML - Médecins libéraux)
URSSAF : Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
USMF : Union des syndicats des médecins français
VistA: Veterans Health Information Systems and Technology Architecture
VSM : Volet de synthèse médicale
WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
ZEPRAs : zéro échange papier en Rhône-Alpes. Système de messagerie sécurisée de santé

Introduction générale

Parce qu'en fonction de ses besoins, un patient est amené à rencontrer des professionnels de santé dans de multiples environnements, l'organisation et la réalisation de son parcours de soins, de son parcours de santé, voire de son parcours de vie, supposent une coopération entre ces différents acteurs. Elle laisse sous-entendre, en toile de fond, un projet inter-organisationnel et des objectifs partagés. Cette coopération, surtout si elle prend place dans un « milieu » ouvert, a une portée humaine et relationnelle dans laquelle la communication, indépendamment de toutes ses formes possibles, occupe une place centrale. Elle est à la fois la source collective de significations partagées nécessaires à tous projets de ce type, mais aussi de sens, pour l'ensemble des acteurs concernés. Si les formes et les vecteurs de cette communication sont variés, la place prise par les TIC ou « le numérique » se renforce de jour en jour.

Vu des sciences de gestion et des systèmes d'information, l'intégration de nouvelles approches technologiques et organisationnelles semble être souvent une affaire de changement, d'évolution des pratiques et d'utilisation d'outils. Raisonnant généralement dans un contexte d'entreprise de taille suffisante pour la mise en œuvre de ce type de démarches, elles concernent le plus souvent un contexte fermé, dans lequel l'ensemble des flux, informations comprises, est censé être maîtrisé. Dans un contexte ouvert, cette coopération prend la forme d'un réseau dynamique, qui, même s'il présente des similarités dans ses différents motifs d'organisation qui tendent à une certaine stabilité, évolue et se recompose en fonction des besoins et des problématiques à traiter. Dans le premier cas, l'installation d'un nouveau système technique ou technologique, outre son intégration dans le paysage existant, concerne principalement l'entreprise, et éventuellement, dans le cas de grands groupes, les éléments constitutifs de l'entité « groupe », entité dans laquelle les sous-traitants sont plus ou moins intégrés, plus ou moins partie prenante. Dans le contexte de la santé, ces approches montrent leurs limites, plus ou moins en relation avec les formes multiples d'organisations en place, voire de la plasticité des réseaux ad hoc en évolution dynamique. La tentative de mise en œuvre du dossier médical national partagé comme le DMP en France, mais aussi dans d'autres pays, en est un exemple. Cependant, les problèmes ne sont pas que techniques ou technologiques. Les écrits circulent en abondance dans tous les milieux professionnels, dont la santé. Ils ne se limitent pas à des supports, des formats ou des structures techniques. Dans certains domaines comme la santé, ils ont aussi une fonction performative, ce sont les traces matérielles, robustes, voire pérennes, d'activités concrètes, support des actions et décisions passées, présentes et à venir. Leur communication tisse des liens « *entre travailleurs, groupes, ateliers, services, firmes, sans lesquels la production ne pourrait pas aboutir. Ils étirent le travail. Les suivre, c'est donc déplacer l'enquête vers d'autres moments que le présent de la situation observée, vers d'autres espaces de travail aussi, à côté, aux alentours. Se révèlent alors les dimensions processuelle et interactive des organisations, leur propriété intégratrice...* » (Rot et al. 2014¹)

Succinctement, la santé se distingue par deux grandes organisations de soins, dans le secteur sanitaire : l'hôpital et les organisations assimilées, majoritairement publiques qui représentent environ 65 000 médecins hospitaliers salariés et le monde libéral exclusif qui représente environ 107 000 médecins. Il faut ajouter 23 000 médecins ayant un exercice mixte, salarié et hospitalier (DREES, 2015²), ainsi que l'ensemble des professionnels paramédicaux, dites professions ancillaires, de statut public ou privé, en exercice libéral ou

¹ Rot Gwenaële, Borzeix Anni, Demaziere Denis (2014) « Introduction : Ce que les écrits font au travail », *Sociologie du travail*, Vol. 56, issue 1, p. 4-15

² DREES (2015) « [La démographie des médecins \(RPPS\)](#) », DREES, Site Internet, 15 avril 2015.

salarié. Pour ce qui concerne l'activité médicale, si l'on raisonne en « nombre de prises en charge » indépendamment de leur complexité (volume de consultations pour les libéraux, et séjours hospitaliers), le rapport d'activité entre le secteur hospitalier et le secteur libéral varie environ selon un facteur de 1 à 10, voire de 1 à 15. Sur le principe, la majorité des parcours de soins et de santé prend place dans ce que nous appelons un contexte ouvert, « hors les murs hospitaliers », au sein d'un réseau informel ad hoc en fonction des besoins du patient, des capacités des intervenants et des relations qu'ils entretiennent. Notons que le patient a un rôle non neutre dans ce parcours. Il convient d'ajouter à ce paysage le secteur médico-social, comprenant plus de 30 000 entreprises ou « organisations » de toutes formes et de tous statuts, et le secteur social, une personne, un patient, pouvant être intéressé par les trois à tout instant dans son parcours de vie.

Un environnement communicationnel complexe

« Pour que la Révolution soit, il ne suffit pas que Montesquieu la présente, que Diderot la prêche, que Beaumarchais l'annonce, que Condorcet la calcule, qu'Arouet [Voltaire] la prépare, que Rousseau la prémédite ; il faut que Danton l'ose. » Victor HUGO, Les Misérables (1862).

Si la volonté de mettre en œuvre un dossier national partagé semble, jusqu'aujourd'hui, ne pas apporter les fruits escomptés, voire représenter un « marasme financier » pour certains auteurs et institutions, les injonctions ministérielles, l'architecture retenue, les propositions technologiques et les incitations financières ne semblent pas porter leur fruit.

Vu sous l'angle communicationnel, il est nécessaire de faire évoluer deux mondes, le public et le libéral, qui possèdent chacun leur propre dynamique organisationnelle (Weick), leur propre environnement culturel cognitif (Scott), leur propre mode de communication organisationnelle (Taylor, Van Every *et al.*), leur propre stratégie de développement ou de résistance à l'environnement (Denis). Ils constituent autant « de mondes » qui ne peuvent évoluer d'un claquement de doigts, du jour au lendemain. Si les volontés politiques de changement doivent se réaliser dans le temps d'une mandature, les changements organisationnels et sociétaux de cette ampleur, entraînant une nouvelle construction de sens, une nouvelle communication organisationnelle, une modification conséquente des habitudes, tant au sein de ces organisations qu'entre elles, demandent vraisemblablement plus de temps. Concernant le DMP, il semble nécessaire de considérer ce type de projet comme étant un projet générationnel. Les modifications des habitudes et usages, aussi bien dans les services de santé, chez les patients ou l'Administration que chez les fournisseurs de solutions informatiques constituent un ou des projets à long terme. Chaque groupe d'acteurs doit procéder à des ajustements successifs, résoudre les contradictions multiples qu'ils engendrent ou mettent à jour (Engeström) pour atteindre « un nouvel équilibre », jusqu'à ce que ce dossier, s'il y réussit un jour, se transforme en un élément d'infrastructure indispensable au système de santé et tous ses acteurs, complément des multiples formes de « dossier » que ces organisations complexes utilisent. Gardons aussi en mémoire que l'homme, tout comme les organisations, aime peu les changements et l'instabilité. Cela est d'autant plus vrai s'agissant des institutions.

Pourquoi un projet générationnel ? Ayant participé aux réunions relatives à la construction du « DMP de l'enfant », indépendamment de l'architecture centralisée choisie dans la droite ligne de la tradition jacobine française, nous avons constaté que de nouveaux usages de cet ordre ne peuvent s'ancrer que par le biais d'habitudes (intériorisation) qui s'acquièrent dès le plus jeune âge. Nous pouvons ici faire le parallèle entre l'appropriation des TIC et de leurs usages, toujours plus vastes et sophistiqués, par les plus jeunes, les générations dites Y et Z, et leur intégration comme élément indispensable de la vie quotidienne, que certains considèrent comme une « béquille numérique ». Les TIC et les services offerts constituent

en quelque sorte un élément d'infrastructure de la vie personnelle. D'autre part, l'appropriation et les usages professionnels nécessitent que, dès leur formation, les futurs professionnels de santé intègrent ces outils comme étant des éléments d'infrastructure indispensable à leur pratique. Enfin, les technologies mises en œuvre doivent impérativement suivre les évolutions à la fois des TIC, mais aussi celles des méthodes, approches, outils associés, etc. au risque d'être obsolètes et complètement dépassées avant même leur utilisation effective.

Si l'on regarde la société comme un système social et communicationnel (Luhmann³), les conversations et les textes qui s'y forment, s'y transforment et changent, l'évolution de cette société nécessite un temps d'adaptation qui n'est pas celui du temps politique. Compte tenu de leur place dans la vie quotidienne, il est probable que les évolutions induites par les TIC, dans un monde sensible comme celui de la santé, soient plus couronnées de succès si elles font l'objet d'une co-orientation, d'une co-définition et d'une co-contribution (le modèle « middle-in »). Certainement plus que si elles le sont par des injonctions parfois contradictoires décidées en Haut-Lieu, injonctions dont les motivations et les contours restent évanescents pour les « profanes », les publics cibles et les professionnels, le plus souvent faute de communication. C'est certainement une gageure, tant les intérêts des groupes de pression multiples que les idéologies sous-jacentes aux décisions politiques semblent être divergents.

Enfin, si les conversations sont éphémères, le papier, tant décrié, reste un support d'usage courant. Comme les monuments, sa pérennité ne peut être assurée que si on le souhaite et que l'on y prend garde. Généralement, leur destruction est irrémédiable. Reste alors le numérique, pardon, le digital...

La tentation panoptique du « numérique » est grande, pour des motivations parfois diamétralement opposées, entre la santé vue comme un bien commun et les marchés toujours à l'affût de nouvelles opportunités d'affaires ou de nouveaux débouchés, surtout s'ils sont « subventionnés ». Quantified-Self, wearable objects, objets connectés, e-santé, m-santé, télésanté... ne sont que l'un des versants de cet aspect. La plaquette commerciale d'Orange (2014⁴), le service gratuit de téléconsultation en ligne offert par Axa⁵ aux bénéficiaires de son assurance complémentaire santé d'entreprise (2,2 millions de personnes), ou le service en ligne MédecinDirect qui est ouvert depuis 2008 (<http://www.medecindirect.fr/>), en sont quelques exemples, parmi beaucoup d'autres.

« Donnez-nous ce que vous collectez, nous vous assurerons au plus juste⁶. Notre réseau de partenaires prendra soin de vous et vous fera faire des économies. Nous veillerons sur vous... et sur elles aussi ! »

³ Niklas Luhmann a développé la théorie des systèmes sociaux en reprenant et en approfondissant de nombreux travaux et théories. En s'inspirant des travaux de Ludwig Von Bertalanffy, pour qui un système ne peut être à la fois le tout et ses parties, il considère qu'un système ne peut être abordé que par ses différences, entre lui et ce qui lui est extérieur. Si la relation à l'environnement est constitutive du système, cela sous-entend qu'il y a autant d'environnements que de systèmes, environnement et système formant un tout. Cependant, c'est l'absence d'une instance suprasystémique ou d'un système total et inclusif qui caractérise la théorie de Luhmann. Les systèmes sociaux de Luhmann sont autoréférentiels, tout en se référant à l'environnement social dont ils dépendent et avec lequel ils entrent en contact par le biais de leurs frontières. Garcia Amado Juan Antonio (1989) « Introduction à l'œuvre de Niklas Luhmann », *Droit et société*. Boisvert Denis (2006) « Niklas Luhmann : la théorie des systèmes sociaux », *Aspects sociologiques*, Vol. 13, n° 1

⁴ OrangeHealthcare (2014) « Le boom des objets connectés en santé », Orange, site [Internet](http://www.internet.fr), à voir dans *Médias - Infographies et Média - Communiqués de presse*

⁵ Stamane Anne-Sophie (2015) « [Téléconsultation, Axa se lance dans la médecine](http://www.quechoisir.fr) », *QueChoisir*, site Internet, 1er juin 2015

⁶ C'est déjà le cas pour les assurances liées à l'automobile dans certains pays. La France semble aussi se laisser tenter par ces mesures. Les grands groupes d'assurance sont aussi ceux qui gèrent nombre de contrats d'assurance vie dont les Français sont si friands.

De la médecine pour tous à la médecine pour chacun, voire pour certains, la question se posera certainement (Fontes, 2015⁷), un jour, bientôt peut-être.

Les « nouveaux acteurs » du numérique, les « GAFAs⁸ », disposent de capacités de stockage et de traitements multiples des données et de capacités financières considérables, ces capacités bouleversent à la fois les usages des technologies, mais aussi celle des données qu'on leur confie, volontairement et le plus souvent involontairement. Leur influence sur la recherche en général, celle sur la santé en particulier, est loin d'être neutre. L'arrivée de ces acteurs dans le monde de la santé et de la recherche bouleverse les paradigmes jusque-là bien établis, pour des motivations parfois obscures, comme la quête de l'immortalité...

Tics, (big) data et santé

« Bienvenue à Gattaca »

*“Large-scale network analysis uses electronic medical records, genotype data to reveal three patient subtypes of type 2 diabetes; possibility for targeted care in future.”*⁹

Si plusieurs milliards de dollars avaient été nécessaires à Celera Genomics (Venter et al., 2001¹⁰) pour séquencer l'ensemble du génome humain tout au début des années 2000, obtenir le séquençage « basique » de son propre génome pour moins de 100 \$ est aujourd'hui possible (999 \$¹¹ pour son génome complet, pour un prix de revient de base estimé à environ 25 \$ par Google. Restent deux questions : quel sera le devenir de ces données et qu'en sera-t-il de leur confidentialité ?). C'est l'offre que propose Google Genomics qui a créé un partenariat avec le Broad Institute of Biomedical and Genomic Research, projet commun de l'université de Harvard et du Massachusetts Institute of Technology (MIT), qui possède environ 1,4 million d'échantillons biologiques. « *Le génome d'une personne pèse environ 100 Go au complet. On le décode désormais en quelques heures, les structures les plus performantes, comme le Broad Institute, à Cambridge, Massachusetts, en viennent à bout en 32 minutes environ*¹² ». Le Genome Analysis Toolkit (GATK) développé par le Broad Institute sera mis en œuvre sur les plates-formes « cloud » de Google pour aider les scientifiques à analyser rapidement les données des séquences génomiques. « *Les informations génomiques à grande échelle accélèrent les progrès scientifiques sur le cancer, le diabète, les troubles psychiatriques, et de nombreuses autres maladies... Le stockage, l'analyse et la gestion de ces données sont devenus un enjeu crucial pour les chercheurs biomédicaux. Nous sommes ravis de travailler avec des ingénieurs talentueux et expérimentés de Google pour développer des moyens de renforcer la recherche à travers le monde en facilitant l'accès et l'utilisation de l'information génomique* », a expliqué Éric Lander, directeur du Broad Institute, à l'occasion de l'annonce de l'accord avec Google en juin 2015.

S'il a fallu environ 10 ans (1998-2006) à Google pour indexer environ 5 à 10 % des documents accessibles sur Internet, il aura fallu le même temps (2004 - 2014) à Facebook pour indexer

⁷ Fontes Yann (2015) « Le Quantified-Self, prochaine étape de l'assurance santé personnalisée ? », Digital-Insurance.me, site [Internet](#). Ce site est porté par la société AssurDeal, société de service dédiée au courtage en assurance. L'un de ses fondateurs a lancé début 2015 le « premier réseau social mondial de recommandations d'affaires pour les secteurs de l'Assurance, la Finance et les professions du Droit et du Chiffre. », [http://www.findbrok.me/...](http://www.findbrok.me/)

⁸ Acronyme pour Google, Apple, Facebook et Amazon

⁹ Li Li, Cheng Wei-Yi, Glicksberg Benjamin S., Gottesman Omri, Tamler Ronald, Chen Rong, Bottinger Erwin P., Dudley Joël T. (2015) « *Identification of type 2 diabetes subgroups through topological analysis of patient similarity* » Science Translational Medicine, 28 Oct 2015, Vol. 7, Issue 311, p. 311ra174

¹⁰ Venter Craig et al. (2001) « *The Sequence of the Human Genome* » Science, Vol. 291

¹¹ Rollandain Philippe (2015) « Sécurité Sociale : la révolution du financement prédictif », La Lettre de Galilée, Site [Internet](#), 19 oct. 2015. Les gains en temps de traitement sont possibles par le traitement préférentiel des différences génomiques par rapport à des données de référence.

¹² 01NET (2014) « Google Genomics: Google veut plus que vos données, il veut stocker votre génome », Site [Internet](#), mis à jour le 07/11/2014 à 10h04

tous les profils disponibles sur ses plates-formes. À l'heure de « l'Internet des objets et des objets connectés », gageons qu'il faudra « *probablement quinze ans pour qu'un nouvel acteur parvienne à indexer la totalité des objets connectés. Pourquoi quinze ans ? Parce qu'il en a fallu moins de dix pour indexer documents et profils, parce que la masse critique nécessaire à atteindre pour qu'un acteur domine le marché sera supérieure à celle des documents et des profils*¹³ ». Si, en application de la loi de la variété requise d'Ashby, un système S1 (système de contrôle) ne peut assurer la régulation d'un système S2 (système contrôlé) que si sa variété est supérieure ou au moins égale à celle de S2, un tel système S1 devrait pouvoir anticiper un certain nombre de « problèmes ». Qu'en sera-t-il des principes de subsidiarité, de confiance et de prudence développés dans la même loi ?

Les mêmes appréhensions se font jour à propos des moyens mis en œuvre par IBM dans son projet de *deep learning* dérivé du projet Watson, moyens déjà utilisés aux États-Unis dans le projet Watson Health par différents établissements de santé universitaires ou non comme Mayo Clinic. Il s'agit d'apporter aux praticiens une aide à la décision médicale, tant pour les diagnostics que pour les traitements, ou à la recherche médicale sur les pathologies ou pour la médecine prédictive, ou la mise au point de nouveaux traitements, pour ne citer qu'eux. Facebook travaille sur un projet du même ordre, cherchant à devenir un élément indispensable de la vie quotidienne, une sorte de « coach » visant certainement à améliorer « l'expérience de la vie » de ses utilisateurs.

Il est évident que ces différents projets sont loin d'être philanthropiques, Google se rémunérant sur l'utilisation de son « cloud scientifique », IBM sur l'utilisation de ses systèmes et services, Facebook sur les données issues des profils de ses utilisateurs...

Des sommes considérables sont en jeu et soulèvent des questions d'ordre éthique ou philosophique qui ont fait réagir dernièrement des personnalités telles qu'Elon Musk (TESLA), Stephen Hawking ou Steve Wozniak, pas uniquement pour les utilisations militaires de l'intelligence artificielle¹⁴.

Se posera alors aussi le financement de la protection sociale. Avec le séquençage obligatoire à la naissance, le « potentiel biologique » étant connu, les cotisations pourront se définir à la carte... ou pour garder l'universalité de la protection sociale, il sera nécessaire de couper le lien entre le financement assuré par les cotisations sociales pour le remplacer par l'impôt, de façon, entre autres, à couper court à toute tentation eugéniste ou autres dérives. Enfin, les aléas de la vie ne sont pas que pathologiques, les déterminants de santé, les incidents ou les accidents y sont partie intégrante... Ceux-ci seront peut-être éliminés par la suppléance artificielle des défauts et désordres inhérents à l'humain... Vivez tranquille, notre intelligence artificielle veille sur vous...

Par extrapolation, les systèmes ou les dispositifs tels que le DMP, au moins dans leurs usages présentés comme un avantage indispensable au patient, sont potentiellement déjà obsolètes avant même d'avoir été utilisés, non pas parce que l'idée est mauvaise, loin de là, mais vraisemblablement en raison de l'accélération des cycles de vie des technologies... et de l'arrivée de nouveaux acteurs aux moyens considérables. Pour ce qui concerne le DMP actuel, doit-on y voir un « aveuglement » similaire, dans sa performance technico-sociale supposée, à celle qui a prévalu au développement du système Télétel V3 au début des années 1980 ? (Mallien et Toussaint, 1994, p. 322.) De même, si en introduction de ce chapitre, nous considérons qu'un document papier n'était pérenne que si l'on y prenait garde, nos données numériques sont comme des déchets radioactifs. Leur demi-vie et leur effet négatif s'étendent bien des années après leur production. Leur collecte, leur stockage et

¹³ Ertzscheid Olivier (2015) « Le Web 4.0 sera celui du génome, et y a de quoi flipper », L'Obs-Rue89, Site [Internet](#), le 7 mars 2015

¹⁴ Barrat James (2015) "Why Stephen Hawking and Bill Gates are terrified of Artificial Intelligence" *TheWorldPost*, Site [Internet](#), mis à jour le 6 sept. 2015.

leur utilisation échappent pour la plupart à tout contrôle¹⁵. Ce qui peut sembler être une donnée ou une information anodine aujourd'hui, sera-t-il un problème de santé ou un problème de vie demain, sans parler des incidences juridiques, pénales ou financières possibles ?

Vu sous un autre angle, on peut considérer le DMP comme un outil dérivé de pilotage du système de santé (connaissance des flux, des coûts, des opérateurs, des produits...) permettant sa régulation légitime pour en assurer sa pérennité, en améliorer les performances et accroître les connaissances. En favorisant les logiques de regroupement, celles-ci amènent à une intégration plus importante des producteurs de soins. Au regard des habitudes et ambitions des professionnels de santé, cette approche induit un changement particulièrement important des valeurs associées à leur différenciation et à leur autonomie. Alors que notre système de santé est d'inspiration bismarckienne, au regard des tendances actuelles, ne nous orientons-nous pas vers un système intermédiaire entre le système beveridgien et les HMO américains ?

N'étant ni sociologue, ni économiste, ni politicologue, nous ne nous hasarderons pas à faire des prévisions ni utiliser une boule de cristal pour prédire ce que pourront devenir nos données et notre système de santé.

Revenons à des choses plus prosaïques autour de ce qui fait le quotidien des patients et des professionnels de santé aujourd'hui : la coopération et surtout la communication et les échanges d'informations liées à une personne entre professionnels de santé dans le cadre du parcours, de soins ou de santé, de cette même personne. Il existe plusieurs façons d'appréhender le sujet de la communication en santé. Nous avons choisi de l'aborder par l'intermédiaire du parcours de soins ou de santé du patient, parcours émaillé d'échanges formels et informels entre nombre d'acteurs interagissant au sein de réseaux dynamiques, souvent informels, dans lesquels les interrelations et les communications occupent une place singulière.

Quelle articulation retenir ?

Partie 1 : Une mise en perspective conceptuelle, un questionnement en deux parties

Santé, système de santé, professionnels de santé, parcours de santé, communication, informatisation, dossiers numériques de santé... tous ces termes émaillent notre quotidien. Si nous les comprenons aisément, ils font partie de notre bagage culturel, intériorisé de longue date, que représentent-ils réellement ?

Dans la partie « Prélude » nous revenons sur différentes facettes de notre système de santé, de son informatisation et des approches qui sembleraient s'opposer, entre professionnels de santé d'un côté, souhaitant des outils qui correspondent à leurs besoins et leurs démarches et l'approche décidée et mise en œuvre par l'État, financeur et régulateur de notre système de santé, qui souhaite implémenter dans ce domaine des outils similaires à ceux issus des activités économiques « traditionnelles ». Il s'agit à la fois des méthodes de management, mais aussi des démarches de gestion et ses outils associés.

Les « dossiers médicaux » sont le plus souvent vus, jusqu'à présent, comme un moyen de collecte et de restitution de données liées à un contexte pathologique d'un patient sur le court, le moyen ou le long terme, en fonction de la nature de ces pathologies. C'est aussi un outil destiné à l'enrichissement et à la transmission des connaissances médicales.

¹⁵ Voir à ce propos l'article de Guillaud Hubert (2015) « Faut-il une date de péremption pour les données », InternetActu.net, site [Internet](http://Internet.net), 20 oct. 2015

Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. Ces dossiers se voient « dotés de nouveaux attributs ». Ils se complètent donc d'une vocation économique et financière dont les principaux objectifs sont une meilleure connaissance des coûts et des dépenses de santé et leurs évolutions, pour tenter de mieux les maîtriser. Mais ils ont aussi une vocation de santé publique, tant pour améliorer la qualité des soins que pour la production de nouvelles connaissances. Ces évolutions prennent place dans un contexte de croissance économique atone (financement), mais aussi dans un espace sociodémographique complexe, tant pour les patients, avec l'accroissement de la durée de vie et l'incidence des pathologies liées à l'âge, tout comme celles liées à notre mode de vie « moderne », que pour les professionnels de santé, avec les mutations constatées dans leur pyramide des âges et leurs incidences, ainsi que celles induites par les techniques et les technologies ou celles de leurs tutelles.

Deux facteurs complémentaires viennent renforcer le rôle de ces dossiers et leur maîtrise. La spécialisation croissante d'acteurs vient complexifier les parcours et engendrer des coûts supplémentaires. Leur répartition inégale sur territoire entraîne des disparités à la fois dans l'accès aux soins, mais aussi dans les offres, tant en quantité qu'en qualité. Dans ce paysage, il est possible de s'interroger à la fois sur les raisons qui font que l'informatisation en santé reste toujours « si compliquée » malgré les lourds investissements consentis, mais aussi sur le fait que la communication semble apparemment si lacunaire, au moins en surface, de l'avis des gouvernants au regard de leurs attentes, mais aussi des patients ou des professionnels.

Plutôt que d'aborder une nouvelle fois les motivations de l'informatisation en santé, ses facteurs de réussite ou de succès, nous avons souhaité, avec le support de différentes théories empruntées à la communication, à l'organisation et aux systèmes d'information, aborder celle-ci dans la réalité des usages sous l'angle des communications, TIC comprises, au plus près de la réalité des acteurs.

Généralement, lorsque l'on évoque la santé, celle-ci évoque des images de soi ou de ses proches, images intériorisées (Vygotski) en lien avec notre environnement socioculturel. Avant d'aborder la communication en santé et l'usage ou le non-usage des TIC, nous revenons sur différentes notions.

La santé est un concept chargé de symboliques fortes, concept pour lequel les avis et les opinions se forment en fonction des expériences propres, de celle de ses proches et des professionnels rencontrés.

De la santé, nous connaissons généralement les définitions de l'OMS qui apparaissent dans tout document ou toute déclaration, à caractère un tant soit peu officiel ou scientifique. La santé, présentée comme ressource individuelle et collective par le Haut Comité de la santé publique – HCSP –, peut être appréhendée de façon positive (vision perceptive de bien-être et d'adaptation à l'environnement physique et social) ou négative (mal-être, maladie, morbidité, douleur, déficience...). Elle est par nature polysémique, ses limites variant selon les lieux, les époques ou les approches, médicales, sociales, historiques et philosophiques...

La santé, ses définitions et les approches biomédicales, un organe, une maladie, un traitement, ou les approches biopsychosociales avec la « vision holiste » de l'être humain, sont développées dans le chapitre 1 : La santé, page 35.

Se soigner ou maintenir sa santé dans de bonnes conditions nécessite des moyens et des orientations. C'est le rôle des systèmes de santé que nous développons dans le chapitre 2 : Systèmes de santé ? Page 49

Le système de santé se compose de différents acteurs, le financeur, les assureurs, les fournisseurs de biens dont l'industrie pharmaceutique, mais aussi celles des outils

d'investigation et de surveillance médicales constituent le plus gros ensemble, des fournisseurs de services, principalement de soins dans notre contexte, et les patients. Mais qui sont les professionnels de santé ? C'est ce que nous abordons dans le chapitre 3 : Professionnels de santé, page 68. Il se complète d'une approche historique de la médecine et de son organisation qui est proposée en Annexe, chapitre C : Professions médicales et Santé, une approche historique, page 338.

Le parcours du patient est au centre de toutes les politiques de santé. Les évolutions du système de santé et celles des techniques et technologies le concernent de façon directe et indirecte. Si de nombreuses études cherchent à démontrer l'influence positive des TIC sur la santé, les TIC ne sont que l'un des facteurs. Dans ces parcours, que l'on peut appréhender soit comme un projet, soit comme un processus prenant place sur le moyen ou le long terme, la communication occupe une place singulière. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, à quoi renvoient ces notions ? C'est ce que nous développons dans le chapitre : 4 : Parcours : soins, santé et vie, page 81.

Partie 2 : Mise en perspective empirique et constats

Toute recherche en gestion s'inscrit traditionnellement dans un cadre épistémologique qui guide et oriente la démarche de recherche. Notre cadre épistémologique de recherche est présenté dans le chapitre : 5 : Positionnement épistémologique et démarche, page 116.

Les démarches et les supports théoriques complémentaires de notre approche ont pour origine nos recherches, mais aussi notre parcours professionnel et universitaire lié à la gestion, l'organisation et aux systèmes d'information. Nous en présentons les grands principes et notre formulation de leur utilisation en lien avec les systèmes d'information et la communication dans le chapitre 6 : Un contexte, des intervenants, des approches et des parcours multiples, page 132 et plus particulièrement du chapitre : 6.1 : Introduction au chapitre 6.7 : La genèse du modèle et ses sources.

Communiquons, échangeons, mettons en commun nos ressources informationnelles... S'il existe de nombreuses approches, laquelle retenir ? Nous nous intéressons à la communication, sous l'angle de la communication organisationnelle que nous présentons dans le chapitre 7, La Communication, page 236.

Pour aborder la communication, l'informatisation de la santé et leurs enjeux, il est nécessaire de comprendre comment se positionnent les différents acteurs ayant une influence certaine sur ces domaines et d'apprécier le point de vue des acteurs de terrain sur ces thématiques. Si une première enquête nous a permis de « défricher » une partie de la problématique, ces différentes thématiques constituent le cœur de notre seconde enquête, auprès des professionnels « terrain ». Elles sont présentées dans leur ensemble dans le chapitre 8 : Enquête : genèse et démarche, page 263. Le questionnaire associé, en trois parties, est présenté dans les Annexes, chapitre : D : Questionnaire - Introduction, page 424 et suivantes.

S'agissant d'un travail exploratoire reposant sur une démarche empirique, nos travaux, certes encore incomplets, semblent ouvrir certaines voies complémentaires de recherche, pour les affiner et apporter un éclairage différent sur ce domaine. Nous abordons ces points dans le chapitre : 9 : Apports, page 286.

Enfin, la thèse est aussi un projet. Chaque projet se traduit par un bilan dans lequel le retour d'expérience permet aussi d'aller plus loin. Ce bilan ouvre aussi d'autres perspectives. Nous les abordons dans le chapitre : 10 : Limites et Perspectives, page 297.

Première partie

Une mise en perspective conceptuelle, un
questionnement en deux actes

Prélude

Monsieur P. consulte son médecin traitant le Docteur M., pour un traumatisme du genou survenu une semaine plus tôt en raison d'une chute au ski. À l'issue de l'examen clinique, le diagnostic retenu est une entorse de ligament latéral interne. Un bilan radiologique standard est demandé afin de ne pas méconnaître une lésion osseuse sous-jacente. Deux semaines plus tard, devant l'aggravation des symptômes, un complément d'investigations par IRM est programmé avec une prise rapide de rendez-vous pour le patient chez le radiologue par le médecin lui-même. Monsieur P. revient voir le Docteur M. avec les résultats, avec retard et sans prévenir¹⁶. Au cours de la consultation, il lui avoue avoir consulté un autre praticien, à la suite de recherches sur des forums Internet, après sa première consultation. Ce dernier lui a également prescrit une IRM qu'il a fait réaliser. Trois examens, dont deux sont identiques, ont donc été réalisés, dans le même centre d'imagerie médicale, par le même radiologue. Le diagnostic final est identique à celui retenu initialement. Cet exemple illustre les problèmes de redondance d'examens liés ici d'une part à une omission volontaire et non neutre d'information par le patient et, d'autre part, à l'absence de communication entre les professionnels de santé.

Monsieur J., 82 ans, patient polyopathologique (maladie de Parkinson, affection cardio-vasculaire sous traitement anticoagulant au long cours), mais totalement autonome, est hospitalisé en urgence pour problème urologique nécessitant la pose d'une sonde. La prise en charge ultérieure est assurée par un urologue d'un établissement privé en raison de l'absence de structure identique à l'hôpital public. Durant son séjour en clinique, une résection endoscopique prostatique est programmée, mais retardée par la survenue d'une infection nosocomiale, au demeurant non déclarée par la clinique. Le geste chirurgical est finalement réalisé avec la nécessité de l'arrêt du traitement anticoagulant et la mise en route d'une autre médication protectrice. Monsieur J. regagne son domicile sans problèmes urinaires et avec un protocole de reprise de son traitement anticoagulant, non expliqué clairement à son épouse et non transmis rapidement au médecin traitant. Une semaine plus tard, Monsieur J. présente un accident vasculaire cérébral, directement en lien avec un défaut de couverture anticoagulante. En raison des séquelles importantes, il devient totalement dépendant et représente une lourde charge pour son épouse. Ce cas met en avant une succession d'incidents médicaux par défaut patent de communication avec, comme conséquence pour le patient, le passage d'un état de fragilité à celui de dépendance totale, et un coût non négligeable pour la société. L'urologue a aussi changé de clinique et de département...

Ces deux exemples critiques de défaut d'articulation dans les parcours et dans la mise en relation « des sous-systèmes » permettant d'avoir une vue plus globale sur le patient, laissent à penser que malgré les différents plans et tentatives de tirer au mieux parti des technologies de l'information et de la communication – TIC – dans la santé, il subsiste dans la réalité de nombreuses difficultés dans la communication et les échanges entre les professionnels de santé. Comme le montrent Chaudry (2006¹⁷), l'IOM (2011¹⁸) ou Buntin *et al.* (2011¹⁹) pour ne citer qu'eux, les nombreuses études tant en France qu'à l'étranger, tendent à démontrer que l'informatisation des métiers et des processus (démarches dites de réingénierie des processus), les nouveaux usages (dont la mobilité) ou une meilleure communication grâce aux TIC, aux dossiers et aux échanges informatisés, améliorerait, de

¹⁶ URPS Franche-Comté (2013) « Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients », URPS-ML Franche-Comté. URPS Île-de-France (2015) « Rendez-vous médicaux non honorés. Demandes de soins non programmés. État des lieux et solutions. Enquête auprès des médecins libéraux d'Île-de-France ». URPS ML IdF, Commission d'accès aux soins, Juin 2015

¹⁷ Chaudhry Basit, Wang Jerome, Wu Shinyi, Maglione Margaret *et al.* (2006) "Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care" *Annals of Internal Medicine*, 16 May 2006, Vol. 144, n° 10. C'est l'article le plus communément cité en référence. Plus de 2000 fois en juin 2014...

¹⁸ Institute of Medicine (2011) "Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care" Committee on Patient Safety and Health Information Technology; IOM, p. 1 et suiv., p. 15, 17

¹⁹ Buntin Melinda Beeuwkes, Burke Matthew F., Hoaglin Michael C., *et al.* (2011) "The benefits of health information technology: a review of the recent literature shows predominantly positive results" *Health affairs*, Vol. 30, n° 3, pp. 464-471. Cette étude a été réalisée à la suite de l'HITECH Act aux États-Unis. Elle met en lumière, comme l'étude de Hopewell *et al.* (2008), complétée par Butler (2009), que les essais ou les études obtenant des résultats positifs sont davantage susceptibles d'être publiés, et ce plus rapidement que ceux observant des résultats négatifs. Selon les auteurs, si nombre d'études tendent à démontrer les bénéfices de l'adoption des TIC en santé (Health information technology - HIT), il n'y a « que des preuves suggestives concernant le fait que des systèmes (informatisés) plus avancés ou que des technologies de l'information spécifiques ou dédiées à la santé permettent d'obtenir de meilleurs gains. »

façon induite, la santé des patients, l'efficacité du système de santé, l'efficacité de ses acteurs... L'IOM indique néanmoins qu'il y a de sérieuses lacunes dans la littérature concernant cet effet bénéfique des TIC sur la santé. Selon les résultats de leur enquête réalisée aux États-Unis en 2008, DesRoches *et al.* (2008²⁰) indiquent que l'utilisation des dossiers de santé électroniques aux États-Unis, en particulier dans les soins primaires, reste relativement faible : 4 % des utilisateurs ont un dossier électronique complet, 13 % possèdent un dossier électronique « basique », dossier électronique qui possède déjà des fonctionnalités étendues, selon leur définition proposée, page 52.

Buntin *et al.* (2011²¹) indiquent en conclusion de leur étude : *“In fact, the stronger finding may be that the ‘human element’ is critical to the health IT implementation.”* Nous nous proposons d'explorer certaines facettes de cette conclusion dans notre recherche.

La maîtrise des dépenses, l'évaluation, l'organisation ou la structuration de l'offre de soins, dans un contexte économique atone, font partie des objectifs majeurs des différentes politiques et réformes restructurant le secteur de la santé, ou plus généralement de la protection sociale, tant en France qu'à l'étranger. Elles sont associées à différents facteurs environnementaux liés à la santé, dont l'évolution des structures épidémiologiques d'âge, à celle des pathologies et des besoins de santé, mais aussi aux évolutions des métiers, des techniques et des technologies dans la santé, ou des contraintes économiques et financières. Pour les décideurs politiques et leurs Administrations, les TIC devaient et doivent conduire à d'importantes économies, en améliorant la qualité des soins, en structurant le système de santé et en favorisant son décloisonnement, et permettre de rationaliser les soins et le travail des professionnels de ce secteur et, enfin, d'améliorer la santé des patients en plaçant celui-ci au cœur du système de santé.

Ces différentes réformes insistent entre autres sur la notion de parcours de soins dans lesquels les TIC doivent apporter leur contribution au décloisonnement et aux échanges entre les secteurs de soins, voire intra-secteur. Elles viennent par exemple en appui de la notion de « Nouvelle gouvernance » instaurée par le plan « Hôpital-2007 ». Ou, plus récemment, dans les programmes tels que les « Territoires de soins numériques » ou le lancement de la stratégie numérique du Gouvernement le 18 juin 2015, dans lequel s'inscrit le volet dit « Santé et numérique ».

Pour le Conseil national au numérique, le CCNum, *« Le numérique est un facteur de renouveau de l'action publique qui s'impose à l'ensemble des acteurs publics (État, collectivités territoriales, établissements publics, etc.) et irrigue toutes les politiques publiques (santé, éducation, formation professionnelle, etc.). Cette transformation numérique est encore à ses débuts et tend à soumettre les acteurs publics à une pression de plus en plus grande, au croisement d'une demande de la société civile et d'une volonté de transformation de l'État. Cette pression... oblige l'Administration à penser de nouveaux droits pour les citoyens, comme le droit à l'ouverture des données publiques ou encore le droit de regard sur l'utilisation de ses données personnelles par l'Administration. »*²²

²⁰ DesRoches Catherine M., Campbell Éric G., Rao Sowmya R., Donelan Karen, *et al.* (2008) *“Electronic health records in ambulatory care—a national survey of physicians”* *New England Journal of Medicine*, Vol. 359, n° 1, pp. 50–60.

²¹ Beeuwkes-Buntin Melinda, Burke Matthew F., Hoaglin Michael C., Blumenthal David (2011) *“The Benefits of Health Information Technology: A Review of the Recent Literature Shows Predominantly Positive Results.”* *Health Affairs*, Vol. 30, n° 3, pp. 464–471.

²² CCNum (2015) *« Ambition numérique. Pour une politique française et européenne de la transition numérique. Rapport au Premier ministre »*, Conseil national au numérique, disponible sur le Site Internet du [Conseil](#), p. 99

Ces réflexions s'inscrivent dans la continuité des politiques décidées depuis de nombreuses années, en lien avec le discours positif associé à la « société de l'information²³ » ou de la « révolution du numérique²⁴ ».

De nombreux facteurs façonnent le système de santé, l'appréciation des systèmes d'information et des TIC qui lui sont dédiées. Le point de départ de notre questionnement a été une étude des facteurs de succès ou d'échec des projets de mise en œuvre des dossiers électroniques de santé²⁵. Les points de vue divergent sur la question, concernant les facteurs de réussite ou d'échec des projets, de ce que peut être un dossier, de la façon de le partager, du réel apport des TIC en santé, voire de ce que peuvent être les systèmes d'information ou les TIC en santé, intégrant les dimensions sociotechniques de ces différents thèmes ou objets... De façon succincte, selon Bonneville et Grosjean (2007²⁶), l'implémentation des TIC en santé semble suivre deux logiques opposées :

- La logique médico-intégrative, soutenue par les professionnels de santé, fortement attachés à leurs valeurs, concerne principalement l'amélioration de la qualité des soins par l'utilisation d'outils et de TIC dédiés à leur activité. Cette logique impose néanmoins certaines limites, les parcours de santé dépassent la sphère strictement médicale et ses différentes frontières, ils sous-entendent une meilleure communication ou un partage plus efficace des données ou l'ouverture d'un accès à ces mêmes données ;
- La logique technico-administrative (ou technico-économique) vise principalement l'élaboration et l'évaluation des politiques (de santé), et la maîtrise des dépenses et des coûts, par l'entremise présumée structurante des TIC et leur action jugée positive sur la qualité et la transversalité des soins, entre autres. La réorganisation du système de santé (les producteurs du soin et les diverses formes d'organisation) et sa régulation (maîtrise), le Dossier médical personnel (le DMP), la réforme de la facturation des soins, le positionnement des acteurs dans le système de santé ou les différents plans d'informatisation de la santé en lien avec ces réformes en sont des exemples.

Cet antagonisme apparent, que certains cherchent à dépasser²⁷ par de nouvelles approches, est aussi mis en évidence dans d'autres domaines comme l'éducation²⁸, avec, dans tous les cas, une certaine opposition entre les approches descendantes de type *Top-Down* et les approches ascendantes de type *Bottom-up*. Mais, comme le souligne Trosa (2012²⁹), à propos de ces démarches et des limites du « changement décidé par le haut », « *Pour changer ce nominalisme (des mots sans action [Ndr. en lien à la réforme présentée par ce même auteur]), la solution serait la durée, car lorsque l'on dure l'on doit rendre des comptes. Or... nous sommes le pays où la durée de vie des ministres est la plus courte, parfois six mois, rarement plus de*

²³ Même si cette publication a maintenant plus de 10 ans, l'état des lieux proposé par la Revue européenne des sciences sociales de 2002 reste d'actualité. Berthoud Gérald (2002) « La société de l'information. État des lieux. XVIIIe colloque annuel du Groupe d'Étude "Pratiques sociales et Théories" », Revue européenne des sciences sociales, n° XL-123

²⁴ Dionis du Séjour Jean, Étienne Jean-Claude (2004) « [Nouvelles technologies de l'information et système de santé : "La nouvelle révolution médicale"](#) », Assemblée nationale

²⁵ Véret Michel, Bidan Marc (2013), Grenier Corinne (2014) « Facteurs de succès ou d'échec de la mise en œuvre des dossiers électroniques de santé. Une approche exploratoire des avis sur les réseaux sociaux par une analyse textuelle à l'aide du logiciel Iramuteq. », AIM 2013 et AIM 2014 (pour la dernière version)

²⁶ Bonneville Luc, Grosjean Sylvie (2007) « Les défis que soulève l'informatisation de la pratique médicale sur le plan de l'innovation technologique », Canadian Journal of Communication, Vol. 32, p. 435-456. Grosjean Sylvie, Bonneville Luc (2007) « Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé. », Revue française de gestion, Vol. 3/2007, n° 172, p. 145-157

²⁷ Grenier Corinne (2014) « Proposition d'un modèle d'espaces favorables aux habiletés stratégiques », Journal de gestion et d'économie médicales, Vol. 32, p. 3-10

²⁸ Sandoss Ben Abid-Zarrouk (2012) « Innovations pédagogiques, incertitude et biais cognitifs », Recherches & éducations, n° 6, juin 2012

²⁹ Trosa Sylvie (2012) « Le Top-Down et le Bottom-Up : Quand le changement par le haut ne pense pas se suffire à lui-même », in la crise du management public, Bruxelles, De Boeck Supérieur, « Méthodes & Recherches », p. 113

deux ans. Et chaque ministre qui change, même au sein de sa majorité, a à cœur de changer de politique. La dimension temps est devenue décisive. Nous sommes au temps du maître des horloges et presque à celui des jours. Par ailleurs, un ministre qui pense ne rester que de façon provisoire ne mène pas le même type d'actions que celui qui pense rester et peut se permettre de mettre en œuvre des réformes de plus long terme. » La stabilité dans les décisions politiques et leur mise en œuvre s'inscrivant dans la durée seraient donc l'un des facteurs favorisant la réduction de ces antagonismes, et, dans la santé, une meilleure utilisation des TIC. Cela est-ce suffisant ? Les institutions que gèrent, temporairement, ces ministres ont-elles à cœur d'évoluer ?

Si l'acronyme TIC semble fédérateur, il comprend au moins deux aspects : les technologies (généralement informatiques) liées aux traitements de l'information et les technologies de la communication. Les Anglo-saxons font ainsi la différence entre HIT – Health Information Technology³⁰ (ies) – et HIE – Health Information Exchange³¹. Il existe plusieurs définitions de ces deux notions, HIE étant comprise comme un sous-ensemble des HIT, avec un sous-entendu défini par défaut : l'utilisation de moyens électroniques pour la communication d'informations issues de systèmes (techniques) utilisant des technologies de l'information. De prime abord, tout ce qui ne met pas en œuvre un moyen technique ou technologique pour traiter ou transmettre de l'information semble exclu. Mais cet acronyme fait aussi appel à des concepts et des outils... En toile de fond apparaît une autre dimension : la communication organisationnelle ou plus particulièrement dans notre domaine, la communication inter-organisationnelle qui fait elle-même l'objet de différentes recommandations, moyens technologiques, démarches... comme l'outil SAED³² proposé par la HAS, reposant sur des outils « papier ».

L'informatisation de la santé a concerné en premier lieu le secteur hospitalier, dit de troisième recours³³. Concernant initialement la gestion « administrative » des établissements de santé, plus ou moins précédée par la sphère médico-technique, l'informatisation et les TIC se sont étendues plus tardivement à la sphère clinique et aux échanges entre prestataires ou partenaires du soin. Les principales réformes de santé, dont l'informatisation, portent sur ce secteur (ANAP, 2014³⁴). Pour de multiples raisons, le premier recours, et plus généralement le monde libéral de la santé, bien qu'il utilise de nombreux outils dans sa pratique (logique médico-intégrative), reste plus ou moins à la marge de cette informatisation « d'État », mais aussi de la recherche en gestion (Terry *et al.* 2014³⁵), les « contraintes technico-administratives » se faisant principalement dans cet environnement par la mise en place de conventions entre partenaires sociaux.

³⁰ Comme le souligne l'IOM, le terme « technologies de l'information en santé », « Health IT », est utilisé de façon interchangeable avec d'autres termes ou notions tels que les systèmes d'information de santé, les technologies de l'information et de la communication en santé, l'informatique de santé... bien que ces termes ne soient pas définis de la même manière, quand ils ne sont pas purement et simplement remplacés par des acronymes polysémiques... IOM (2011), *Op. cit.*, p. 16

³¹ « HIE is the mobilization of healthcare information electronically across organizations within a region, community or hospital system. In practice, the term HIE may also refer to the organization that facilitates the exchange. » Wikipédia

³² HAS (2014) « Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé », HAS, Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017, novembre 2014

³³ La notion de premier, second et troisième recours est précisée dans le chapitre 6.6 : Communication et niveaux d'interaction, page 189.

³⁴ ANAP (2014) « Accompagnement des projets SI de production de soins. Hôpital 2012 », ANAP, rapport d'évaluation, p. 6. Le découpage fonctionnel proposé est essentiellement « vertical ».

³⁵ Terry Amanda L., Stewart Moira, Fortin Martin, Wong Sabrina T. and al. (2014) « Gaps in Primary Healthcare Electronic Medical Record Research and Knowledge: Findings of a Pan-Canadian Study » *Healthcare Policy*, n° 10(1), pp. 46–59. Cette étude concerne l'adoption des Dossiers médicaux électroniques (DME) dans les soins primaires au Canada. Les auteurs constatent une lacune de la recherche dans ce domaine et font émerger 4 thèmes prioritaires de recherche.

L'évolution des sujets de préoccupations concernant les TIC, les systèmes d'information et les organisations peut s'appréhender, de façon non exhaustive, au travers de 4 approches différentes, mais complémentaires :

- La recherche en Systèmes d'information et son évolution, telle que la présentent Rodhain *et al.* (2010³⁶) ;
- L'évolution des sujets de préoccupation du CIGREF (2010³⁷) dans le temps ;
- L'appréciation de l'évolution des développements conceptuels et institutionnels du « Technology Assessment » (évaluation des technologies) et de la place des TIC dans cette évolution par Valenduc (2007³⁸) ;
- Les grandes orientations et plans de l'État, présentés ci-après de façon non exhaustive.

Les interventions l'État marquent ou orientent ces évolutions, avec une certaine accélération ces dernières années. Il s'agit :

- Du « plan Calcul » de 1967 (développement de gros ordinateurs et des réseaux) ;
- Du rapport Nora-Minc de 1978 sur l'informatisation de la société. Le Minitel s'inscrit dans la continuité de ce plan (développement des systèmes de télématique) ;
- Du Programme d'action gouvernemental pour la société de l'information (PAGSI), adopté lors du Comité interministériel pour la société de l'information (CISI) en janvier 1998, en lien avec le développement d'Internet ;
- Le plan RE/SO 2007 lancé en 2002 (pour une REpublique numérique dans la SOciété de l'information) ;
- Dans le domaine de la santé, du PMSI à la fin des années 1980 pour les hôpitaux, de la FSE et du RSS pour les libéraux à la fin des années 1990, du Dossier médical partagé (DMP) en 2004, les plans « Hôpital-2007 », « Hôpital-2012 », « Hôpital numérique » (2010) et « Territoires de soins numériques » (2013) ;
- Du plan Adele, ADministration ELEctronique, en 2004. Il a donné lieu à 3 référentiels généraux, rénovés en 2014, **applicables par tous les acteurs publics** (référentiel général d'interopérabilité, référentiel général de sécurité, référentiel général d'accessibilité des administrations), mais la santé redéfinit les siens (ASIP) ;
- Le plan « France numérique 2012, Plan de développement de l'économie numérique » lancé en octobre 2008. Parmi les actions prévues, un chapitre est consacré au déploiement des « TIC au service de la santé et du bien-être ». *« La révolution numérique dans le monde de la santé n'en est qu'à ses débuts. La production, la diffusion et le partage des informations sont en effet au cœur du fonctionnement du monde de la santé. Leur numérisation... ouvre des perspectives considérables. Des projets en cours visent en particulier à faciliter l'accès des patients à l'information de santé, à promouvoir le partage de données de santé entre professionnels de santé (mutualisation de l'expertise) et avec les patients et à développer des projets dans le domaine des gérontotechnologies et de la télésurveillance. L'ambition du Gouvernement est de généraliser les systèmes d'information de santé dans un schéma cohérent. Le déploiement des systèmes d'information hospitaliers, les systèmes d'information des professionnels libéraux et le dossier médical personnel (DMP) s'inscrivent également dans cette démarche*

³⁶ Rodhain Florence, Desq Sylvie, Fallery Bernard, Girard Aurélie (2010) « Une histoire de la recherche en Systèmes d'Information à travers 30 ans de publications », *Entreprises et Histoire*, Vol. 3, n° 60, p. 78-97

³⁷ La notion de Système d'information apparaît au CIGREF en 1979. Giandou Alexandre (2010) « Le CIGREF : un club de grandes entreprises acteur majeur de l'évolution des systèmes d'information en France (1970-2010) », *Entreprises et Histoire*, Vol. 3, n° 60, pp. 62-77

³⁸ Valenduc Gérard (2007) « L'évaluation sociétale des TIC : quelques réflexions sur 25 ans de technology assessment », *tic&société*, Vol. 1, n° 1

stratégique... » Pour la santé, deux actions principales sont définies. L'action 132 vise à « *Mettre en place à l'horizon 2012 un service de dossier médical personnel* », l'action 133 concerne le développement de services de télésanté et de bien-être.

- Le plan « France numérique 2012-2020 » lancé en 2010 suit le précédent. Il comprend le programme « Hôpital numérique » et le « plan de déploiement de la télémédecine ». « ... *D'ici à 2020, il s'agira de tirer pleinement parti du potentiel des TIC pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, au service du patient, afin de répondre au défi du vieillissement de la population et de maîtriser les dépenses de santé. Il faudra ainsi développer de nouvelles pratiques médicales (démarches collaboratives, soins à distance et à domicile...), au travers notamment d'un renforcement de la gouvernance de l'e-santé... Afin de développer des organisations fondées sur le "parcours de santé" du patient, la coordination des soins et le décloisonnement des domaines de la santé et du médico-social, il conviendra de renforcer l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information de santé, et du domaine médico-social, en s'appuyant notamment sur la généralisation du DMP... »*
- Le rapport Lemoine (2014³⁹) sur la « Transformation numérique de l'économie » intitulé « *La nouvelle grammaire du succès. La transformation numérique de l'économie française* » dégage cinq grandes tendances qui devraient structurer le secteur de la santé d'ici 10 ans. « ... *À long terme, le numérique pourrait contribuer à réduire les dépenses de santé grâce à l'essor de la médecine préventive, à un meilleur suivi des patients notamment en matière d'observance (médicaments connectés), mais également à la fluidification du parcours des patients au sein et entre les territoires (meilleure interopérabilité entre les solutions/nouveaux services offerts)... »* Suivi du rapport du Conseil national du numérique (CCNum) issu d'une consultation nationale, la stratégie numérique du Gouvernement a été présentée le 18 juin 2015 par le Premier ministre. Nous y revenons plus loin.

Comme nous pouvons le constater ci-dessus, il est fait principalement mention de technologies et d'outils techniques.

Dans la santé, l'appréciation de la place des systèmes d'information, généralement hospitaliers, et de la fonction associée, reste souvent liée à l'approche technologique telle que définie par le CIGREF⁴⁰, même si elle évolue lentement vers d'autres rôles. Il est à noter que de façon concomitante à l'effort de rationalisation entrepris depuis les années 1990, le développement d'Internet a favorisé l'arrivée des thématiques de santé dans l'espace public, entraînant un glissement sémantique de la notion d'information médicale vers celle d'information de santé⁴¹.

Le terme « e-Health » serait apparu fin 1999 en Australie. Mitchell (2000⁴²) le définit comme étant « *l'usage combiné des moyens offerts par les technologies de l'information et de la communication (dont Internet) dans le secteur de la santé, et à l'utilisation, dans la santé, de données numériques (digital data), transmises, stockées et extraites électroniquement (par les TIC) à des fins cliniques, pédagogiques (educational) et administratives, tant localement qu'à distance* » (notre traduction). Le terme « e-santé » est introduit dès 2000 par la DHOS en

³⁹ Lemoine Philippe (2014) « *La nouvelle grammaire du succès. La transformation numérique de l'économie française* », Rapport au Gouvernement, La Documentation Française, p. 121

⁴⁰ Selon la définition des profils types de la fonction « Système d'information » en entreprise proposée dans CIGREF (2009) « *L'information : prochain défi pour les entreprises. Pratiques de création de valeur par les SI et leur usage : cartographie 2009* », CIGREF, Livre blanc, décembre 2009, p. 14

⁴¹ Romeyer Hélène (2008) « *TIC et santé : entre information médicale et information de santé* », *tic&société*, Vol. 2, n° 1

⁴² "A new term needed to describe the combined use of electronic communication and information technology in the health sector ... the use of the health sector of digital data—transmitted, stored and retrieved electronically—for clinical, educational and administrative purposes, both at the local site and at a distance" Mitchell John (2000) "The cost effectiveness of telemedicine enhanced by embracing e-health" Sites Internet 1 et 2 (From Telehealth to E-health: the unstoppable rise of E-health, 1999).

France. Il se complète aujourd'hui (ou il tend à être remplacé par le) du vocable « Santé connectée » qui appelle à de nombreux commentaires comme ceux de Simon et Lucas (2013⁴³) ou de Frayssinet et Mouron (2015⁴⁴).

D'autre part, toujours dans la santé, la majorité des recherches, en gestion ou en sciences humaines et sociales par exemple, ont généralement pour cadre les structures hospitalières, au sens large du terme, et les professionnels qui y travaillent, dont les professionnels du soin. Encore que le soin (Calvez, 2010⁴⁵) soit généralement défini ou associé à des cadres institutionnels d'exercice ou des modalités particulières de prise en charge (intra-organisation [les urgences, les soins intensifs, palliatifs, etc.], inter-organisation ou extra-organisation [filières ou réseaux constitués]). Pourtant, le soin mobilise une pluralité d'acteurs qui ont des points de vue différents sur l'altération, temporaire ou permanente, de la santé. C'est donc une activité qui dépasse le cadre strictement médical. Apparaît alors dans ce contexte la notion de soin négocié dans laquelle la communication occupe une place singulière. Pour Calvez (Ibid.), la négociation du soin « *porte sur les dynamiques de coordination qui s'opèrent entre les différents acteurs qui sont partie prenante de la situation de maladie. Cela concerne tout d'abord l'articulation et l'ajustement de pratiques différentes, et l'ordre plus ou moins éphémère qui en résulte dans la prise en charge de la situation. Les pratiques de soin qui sont mises en œuvre expriment le compromis auquel ils parviennent dans leurs échanges* ».

Ces échanges sont potentiellement très nombreux. Pour l'année 2013, la CNAM⁴⁶ décompte, de façon globale :

- 96 750 953 consultations spécialisées (54 263 médecins spécialistes, métropole, hors biologie) ;
- 244 546 193 consultations de médecine générale (59 757 médecins libéraux et omnipraticiens, pour la métropole uniquement).

Selon les chiffres clés de la DGOS⁴⁷ publiés en 2015, il y aurait :

- 258,5 millions de consultations en cabinet libéral (dont 37 018 cabinets médicaux) ;
- 18,6 millions de passages aux urgences ;
- 27,9 millions de séjours en activité hospitalière (établissements MCO), dont 17,2 millions de séjours hors séances.

Soit environ un rapport d'environ 1 à 10, voire de 1 à 15, entre l'activité hospitalière (urgences et séjours) et l'activité médicale libérale, consultations, hors spécialité.

Si l'on retient comme hypothèse que 50 % des consultations de spécialités médicales donnent lieu à un échange avec la médecine générale (demande et résultats, hors pharmacie, biologie et imagerie médicale) et que 50 % des hospitalisations (urgences et séjours) donnent lieu à un échange avec la médecine générale, cela représente environ plus de 70 millions de documents potentiellement échangés annuellement.

⁴³ Le CNOM met en garde contre la confusion des genres : Simon Pierre, Lucas Jacques (2013) « La télémédecine, ce n'est pas du e-commerce », Antel

⁴⁴ Frayssinet Jean, Mouron Philippe (2015) « La santé connectée », le droit de l'Internet des objets, table ronde, 13 février 2015

⁴⁵ Calvez Marcel (2010) « La négociation du soi et la situation de maladie », Ethica Clinica, n° 57, pp. 6-13

⁴⁶ CNAM (2015) « Informations relatives à l'activité et aux prescriptions des professionnels de santé (PS) libéraux Activité des médecins par département. Année 2013 – Tableau 410. », Données statistiques de la CNAM, Activité et prescription, [site Internet](#). Note : les actes de biologie, d'imagerie ou certains actes paramédicaux (infirmiers, kinésithérapie...) ne peuvent pas être évalués en l'état, les données étant fournies en nombre d'actes et de coefficients NGAP, [site Internet](#) de la CNAM. Il existe deux cotations : la CCAM et la NGAP – Nomenclature générale des actes professionnels, succinctement en AMx (avec x = I pour infirmier ou K pour kinésithérapeute), en B (biologie), Z (imagerie), une demande ou prescription pouvant comporter plusieurs actes. A fortiori, le nombre total d'AMIS, de B ou de Z n'est pas significatif qualitativement. Il en est de même pour les médicaments délivrés en pharmacie (évaluation des dépenses et montants remboursés en €).

⁴⁷ DGOS (2015) « Les chiffres clés de l'offre de soins », DGOS, ministère de la Santé, édition 2015

Selon l'enquête Vidal - CNOM présentée début 2015⁴⁸, chez les médecins, « *les smartphones seraient de plus en plus utilisés, en particulier pour l'information, la prescription et la formation... Les échanges ou conseils digitaux se développent, entre professionnels de santé, mais aussi avec les patients... professionnels qui commencent aussi à conseiller des objets connectés " santé/bien-être " à leurs patients* ».

En parallèle de ces discours positifs, d'autres auteurs se montrent plus critiques. « ... *L'humanité, équipée de puissants appareils de suivi, parviendra enfin à surmonter les problèmes d'obésité, d'insomnie et de réchauffement climatique... les imperfections de la mémoire humaine seront gommées par ces mêmes dispositifs de suivi qui enregistreront et archiveront tout ce que nous ferons... Tous les environnements, physiques comme virtuels... seront devenus intelligents*⁴⁹... » Société de l'information⁵⁰, société de la connaissance, société en réseau, révolution numérique, le digital et les « concepts » associés, *e-quelque chose*, etc. sont des vocables qui s'inscrivent dans cette vision de partage et d'accessibilité, s'affranchissant du temps, de l'espace... voire des personnes. En transposant la vérité religieuse à la « vérité médicale », pour ce qui concerne, entre autres, les dossiers connectés et partagés, Gutenberg était-il visionnaire ?

« Dieu souffre dans des multitudes d'âmes auxquelles sa parole sacrée ne peut pas descendre ; la vérité religieuse est captive dans un petit nombre de livres manuscrits qui garde le trésor commun, au lieu de le répandre. Brisons le sceau qui scelle les choses saintes, donnons des ailes à la vérité, et qu'au moyen de la parole, non plus écrite à grands frais par la main qui se lasse, mais multipliée comme l'air par une machine infatigable, elle aille chercher toute âme venant en ce monde ! » – Gutenberg, 1455 (traduction d'Alphonse de Lamartine [1856] « Vie des grands hommes », Paris, Bureaux du Constitutionnel, pp. 112-113.)

Pourtant, si l'utilisation du terme « numérique », vocable qui, avec « le digital », a potentiellement vocation à remplacer l'acronyme TIC, est une réalité au quotidien, surtout dans les usages personnels, comment se fait-il que la communication en santé semble aussi lacunaire, malgré les différentes politiques d'incitation et d'investissement décidées⁵¹, surtout lorsqu'on l'aborde de façon transversale, en lien avec le parcours du patient que les différentes réformes souhaitent rendre plus fluide, plus efficient ?

⁴⁸ Vidal-Cnom (2015) « 3e baromètre Vidal-Cnom : l'utilisation des Smartphones chez les médecins », Communiqué de presse Vidal, 12 février 2015. L'enquête a été effectuée par courriel. Le questionnaire et les résultats détaillés ne sont pas disponibles.

⁴⁹ Morozov Evgeny (2014) « L'aberration du solutionisme technologique. Pour tout résoudre, cliquez ici », Éditions Fyp.

⁵⁰ Miège Bernard (2008) « L'imposition d'un syntagme : la Société de l'Information », *tic&société*, Vol. 2, n° 2. Ses origines cybernétiques (Norbert Wiener) n'ont jamais vraiment été questionnées. Sefiane Imane (2015) « La " société de l'information " : entre résurgence et oubli d'un concept cybernétique », *Études de communication*, n° 44. L'Union internationale des télécommunications (UIT) publie régulièrement son rapport « Mesurer la société de l'information ». En 2014, la France était au 18e rang selon « l'indice de développement des TIC ». Source : [l'Observatoire du numérique](#), site Internet

⁵¹ DesRoches (2008). *Op. cit.*, indique dans son enquête que les facteurs facilitant l'adoption des dossiers électroniques en santé sont, entre autres, les incitations financières ou « le paiement à l'usage », mais aussi la fiabilité des informations fournies par les correspondants. On retrouve les deux premiers facteurs à plusieurs reprises dans les multiples réformes françaises, et dernièrement dans l'institution de la ROSP.

De façon pragmatique, nous pouvons formuler notre question de recherche de la façon suivante :

La communication en santé oscille-t-elle réellement entre Utopie ou Réalité ?

C'est-à-dire, de façon plus managériale :

1) Comment mettre en évidence théoriquement et empiriquement la complexité de la communication entre les systèmes d'information en santé (SIS) ?

La ministre de la Santé déclarait, lors de la présentation du Pacte de confiance à l'hôpital, le 4 mars 2013 « ... Engagement n° 5 : le lancement des "territoires de soins numériques". La mobilisation des outils numériques s'impose en effet pour moderniser l'organisation de notre système de soins. Nous consacrerons 80 millions d'euros aux territoires de soins numériques dans le cadre des investissements d'avenir. Cela permettra de mettre à la disposition des professionnels des outils de collaboration nouveaux qui favoriseront le travail en équipe à distance. Pour les patients, l'objectif est de faciliter leur accès à l'information en santé⁵²... » Engagement réaffirmé par le Premier ministre le 18 juin 2015.

Si ces engagements marquent une certaine continuité politique d'ensemble dans la volonté de bénéficier du potentiel des TIC en santé, les résultats restent cependant (très) mitigés et ils soulèvent nombre de questions⁵³. Ce qui amène la seconde partie de notre questionnement, de façon plus institutionnelle :

2) Pourquoi ces outils de communication se heurtent-ils si rapidement à la réalité ?

L'analyse du fonctionnement d'un système de santé, et plus particulièrement, des facteurs qui façonnent les systèmes d'information en santé, l'usage des TIC et qui influent sur les échanges entre ses différents acteurs, suppose une bonne connaissance des liens et de leur évolution qui unissent les cinq acteurs qui le constituent. Launois (1986⁵⁴) les structure ainsi : les malades (devenus des patients), le corps médical (et plus généralement les professionnels de santé), les unités de soins secondaires (les établissements de santé qui peuvent avoir des visées différentes), les payeurs et l'État.

L'informatisation des organisations en général, ou celle de la santé en particulier, semble plutôt bien documentée pour ce qui concerne la recherche, que ce soit pour ses apports en matière de sécurité ou de qualité dans les soins, pour son utilisation plus ancienne en gestion, pour ses possibilités quant à l'aide à la décision... pour les facteurs et conditions de réussite ou d'échec des projets... Dans notre contexte, ces écrits concernent majoritairement le monde hospitalier. Nous entendons ici l'hospitalier ou l'hôpital au sens de l'institution⁵⁵

⁵² Touraine Marisol (2013) « [Présentation du pacte de confiance à l'hôpital. Discours de Marisol Touraine. Lundi 4 mars 2013](#) », ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 4 mars 2013

⁵³ Voir les questions multiples que posent des auteurs comme Brémond et Fieschi. Brémond Marc, Fieschi Marius (2008) « Le partage d'informations dans le système de santé. », *Les Tribunes de la santé*, Vol. 4, n° 21, p. 79-85

⁵⁴ Launois Robert J. (1986) « La santé en France, un système en mal de liberté », *Colloque franco-allemand d'économie de la santé*. Trèves ; 25-26 septembre 1986 in *la régulation des Systèmes de Santé en France et en RFA*. Maison des Sciences de l'Homme (éd.), p. 69-85

⁵⁵ Nous reprenons ici la notion telle que définie dans le CNRTL : Par métonymie, c'est un « Organisme public ou privé, régime légal ou social, établi pour répondre à quelque besoin déterminé d'une société donnée ». Plusieurs approches sont possibles tant en sociologie qu'en management des organisations. Pesqueux considère que « L'institution se caractérise par la place accordée à la souveraineté... de la mission qui lui est propre et de la manière de la réaliser dans une perspective où les caractéristiques économiques restent au deuxième plan... Il y a de l'obstination dans l'institution. C'est en cela que l'institution est considérée comme créant de la certitude. L'organisation se caractérise par l'importance majeure donnée à l'efficacité de son fonctionnement. Il y a donc cette fois de l'opportunisme au lieu de l'obstination et donc de l'incertitude et du risque... » Pesqueux Yvon (2010) « *Institution & Organisation* », CNAM – LIPSOR, Hals – Archives ouvertes

destinée à prendre en charge majoritairement les soins dits d'aigu, sans distinction de la forme ou du statut, public, parapublic ou privé en France. Cela est beaucoup moins fréquent pour le secteur libéral en général, de la médecine générale en particulier. Si les services médico-techniques dits de ville, imagerie médicale, bioanalyses, etc. sont généralement bien dotés en outils et en technologies informatiques, elles représentent un support important de leur activité, en suivant, voire en devançant leurs homologues hospitaliers dans certains cas, l'utilisation des outils informatiques dans les soins de ville en général ou par la médecine générale ou spécialisée en particulier suit un parcours plus chaotique, et elle reste peu documentée.

Comme pour les hôpitaux, elle est souvent en relation avec des attentes de l'État et s'accompagne à la fois de mesures pouvant être vues comme étant incitatives, comme avec l'informatisation des cabinets médicaux décidée (« aidée ») à partir de 1996, les allègements fiscaux liés à l'adhésion à une Association agréée de gestion pour la tenue de la comptabilité, etc. Ou plus récemment, avec la Rémunération sur objectifs de santé publique – la ROSP – (évaluation quantitative et qualitative, pour partie déclarative liée à des mesures financières incitatives) qui comprend, pour la médecine libérale (secteur 1), une prime à « l'organisation » du cabinet et à l'utilisation de logiciels médicaux⁵⁶ et d'aide à la prescription de produits de santé, où le partage électronique du Volet de synthèse médicale – le VSM⁵⁷.

Ou ces mesures sont « perçues » comme étant « coercitives » par la profession, comme cela a été le cas pour la mise en place de la feuille de soins électronique – FSE – et du Réseau Santé - Social – RSS – (ordonnances de 1996), de la carte des professionnels de santé – CPS –, de la carte Vitale, etc., des mesures qui ont précédé ou accompagné la loi HPST ou, plus récemment, les réactions à la future Loi de santé pour 2016. Outre le besoin d'assurer leur gestion, un cabinet libéral est sous le régime des professions libérales à caractère non commercial, l'outil informatique reste perçu comme un moyen d'enregistrement et de mémorisation des informations relatives à un patient dans le contexte de sa prise en charge « locale », parfois comme outil d'aide à la décision, notamment thérapeutique, en lien avec les bases de données médicamenteuses. Il est rarement vu comme un outil collectif ou comme un outil de partage dans le sens d'une mise en commun d'informations concernant un patient,⁵⁸ ou de communication de ces ou de ses informations. Cela est certainement à mettre en relation avec le positionnement singulier de l'activité médicale libérale et, dans une moindre mesure, hospitalière. La synthèse de Pavé (2012⁵⁹) réalisée à la demande de l'Assurance maladie recoupe pour l'essentiel notre approche historique de la profession. Steffen (1986⁶⁰) décrit cette relation ambiguë, entre la profession et l'État, comme étant « à la fois, avec et contre l'État, en s'appuyant, simultanément, sur l'image du petit entrepreneur indépendant, garant des libertés individuelles, et sur l'image du grand serviteur de l'État, garant

⁵⁶ Les éditeurs de logiciel dédiés aux cabinets médicaux ne s'y sont pas trompés. Depuis la mise en place de la ROSP, à périmètre fonctionnel équivalent, les redevances d'usage de leurs logiciels ont augmenté de 10 à 25 %, selon les éditeurs (source : forum FullMedico et échanges informels avec différents professionnels libéraux).

⁵⁷ ASIP (2013) « [Volet de synthèse médicale : un document de référence pour les éditeurs](#) », site Internet, 12 novembre 2013. « ... Le Volet de Synthèse Médicale se présente sous la forme d'une fiche de synthèse informatisée, conforme aux standards techniques et aux référentiels médicaux, il contient des renseignements administratifs (déjà disponibles avec l'utilisation de la carte Vitale), cliniques, de traitement... Il permet aux éditeurs de logiciels de professionnels de santé de faire évoluer leurs solutions de manière à ce que les médecins traitants soient capables, rapidement, de réaliser ce volet de synthèse qui serait alors rempli automatiquement à partir des données déjà contenues dans leurs propres logiciels, sans double saisie. » On peut supposer qu'il se substituera, pour partie, à un certain nombre d'échanges, tout comme le DMP. Il suppose aussi, a priori, que le médecin traitant doive y intégrer les événements échappant à son domaine, le partage et l'alimentation multiple de cette synthèse n'étant pas précisés.

⁵⁸ On retrouve par ailleurs ce même problème dans les établissements de santé, même si les situations évoluent peu à peu.

⁵⁹ Pavé François (2012) « La dérégulation endogène du système français de médecine libérale », *Politiques et management public*, Vol. 29/2

⁶⁰ Steffen Monika (1987) « Les médecins et l'État en France », In : *Politiques et management public*, Vol. 5, n° 3

de l'intérêt public. L'opposition public/privé n'est qu'une rhétorique, sans rapport avec le contenu réel de cette dualité. »

C'est dans ce paysage complexe que s'inscrit la communication en santé. La communication d'informations, multi-domaines et multiformes, les demandes d'examen, les prescriptions d'actes et de produits de santé, le courrier d'accompagnement d'une demande, le courrier de sortie d'hospitalisation, la lettre de liaison ville/hôpital, etc., s'effectue généralement sous la forme d'un document papier, manuscrit ou non. Le transfert reste « manuel » le plus souvent ou « électronique » (fax), plus rarement par courriel, avec, dans ce cas, une dépendance forte des habitudes des utilisateurs. Cependant, ces outils doivent aussi répondre à d'autres besoins, généralement régionaux et nationaux. Ces besoins nécessitent la mise en œuvre et l'utilisation de formulaires, de nomenclatures ou de référentiels, perçus comme complexes, inutiles ou inadaptés à la pratique quotidienne. Ces mêmes réactions ont été observées lors de la mise en place du PMSI puis de la CCAM dans le secteur hospitalier dans les années 1990 et 2000, ou de la tentative de mise en œuvre de la CISP dans le monde libéral à la fin des années 1990. Enfin, le travail des professionnels de santé, leurs outils et plus particulièrement leurs échanges font de plus en plus appel à des systèmes complexes, intra et inter-organisationnels, intra et interdisciplinaires (réseaux, filières...), systèmes compliqués à gérer ou nécessitant des connexions (de l'utilisateur) séparées multiples. Par exemple, l'application ViaTrajectoires, proposant une aide à l'orientation personnalisée du patient, nécessite une connexion sécurisée (professionnel de santé) différente (code utilisateur et mot de passe) de celle utilisée par le logiciel de cabinet (nécessitant une carte CPS) ou d'hôpital ou d'EHPAD par exemple, car non intégrée (ou non intégrable.)

La tentative pour mettre en place un dossier national pour chaque patient (le DMP) se complète d'initiatives locales ou régionales similaires, mais spécifiques, qui viennent brouiller les pistes et entretiennent une certaine confusion. La relance du DMP, le DMP-2, souhaitée par la ministre de la Santé en 2013 semble pourtant intéresser certains syndicats de médecins libéraux (dont MG-France⁶¹), sous réserve que sa gestion soit de la responsabilité des médecins, le transformant ainsi en dossier professionnel du médecin traitant. Cela améliorera-t-il pour autant son usage et les échanges ? Il est aussi intéressant de noter le glissement sémantique qui s'est opéré entre la publication du rapport Fieschi en 2003 (voir page 405⁶²), qui parlait de Dossier patient partagé (DPP) et proposait une architecture cible du traitement de l'information en santé, et le lancement l'année suivante du Dossier médical partagé (DMP⁶³) par le ministre de la Santé de l'époque, Philippe Douste-Blazy⁶⁴.

Si de nombreuses initiatives cherchent à améliorer la communication entre les différents professionnels de santé, cette communication reste souvent lacunaire, notamment en raison de l'utilisation persistante du papier, manuscrit ou non. Celui-ci présente de nombreux

⁶¹ Cristofari Jean-Jacques (2012) « Claude Leicher (MG-France) : " Au gouvernement de se ressaisir du dossier du DMP " », Pharm@nalyse, 10 sept. 2012, [Site Internet](#). Concernant la prescription médicamenteuse électronique, nous avons proposé une solution similaire s'inspirant des modèles scandinaves lors de plusieurs réunions de travail à Edisanté dès 2008, réunions regroupant alors les tutelles (DGOS, MISS, CNAM...), des industriels et des professionnels de santé. Cette proposition avait été jugée utopique et irréalisable...

⁶² Marius Fieschi est professeur honoraire de santé publique à la faculté de médecine de Marseille

⁶³ Dans leur rapport, présenté à l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques le 23 juin 2004, les rapporteurs envisagent différentes solutions concernant les données de santé d'une personne et la notion de dossier partagé. Parmi celles-ci, outre la Carte Vitale ou la clé USB maintes fois évoquée, il est fait mention des mesures 12 et 17 proposées par la Mutualité Française lors de son [37e congrès](#) qui s'est tenu en 2003 à Toulouse « ... pour rénover le système de santé [qui] concerne la création d'un établissement public national visant à rassembler les données de santé. Cet établissement public pourrait être chargé du développement des moyens informatiques utilisables sur Internet, dont la nécessité pour l'amélioration de la qualité des soins est universellement reconnue... » Le DMP et le GIP éponyme seront lancés en 2004. Dionis du Séjour Jean, Étienne Jean-Claude (2004) « [Les télécommunications à haut débit au service du système de santé](#) », Assemblée nationale, p. 62

⁶⁴ Il est médecin de formation (cardiologue) et professeur de médecine à la faculté de médecine de Toulouse

avantages. Il est d'un coût abordable, il est quasiment toujours disponible et simple d'usage. Dans certains cas, il permet un repérage aisé des différents éléments au sein d'un dossier, chronologie comprise. Il est aussi support de la réflexion.

Il présente aussi nombre d'inconvénients. Sa complétude et sa pérennité tout comme celles des documents et informations qu'il contient ne sont pas garanties. Les délais entre la demande, l'acheminement et la consultation (ou la demande de prêt, ou d'extrait, de tout ou partie d'un dossier) peuvent être longs, notamment dans le contexte hospitalier. À « l'extérieur », les délais (ou la disponibilité des documents) sont aussi souvent dépendants du patient, au moins pour les demandes, les prescriptions et la fourniture des résultats. Le volume de stockage est important, l'accessibilité à des éléments précis (d'un dossier) nécessite souvent beaucoup de manipulations. Les risques de perte ne sont pas anodins, entraînant différents problèmes y compris de confidentialité. En raison des multiples producteurs et des multiples lieux de stockage, son partage est aléatoire, voire impossible.

Enfin, la dématérialisation peut aussi être perçue comme une contrainte. Si le producteur du « document » y trouve là un facteur d'efficacité et d'économies, l'équipement, l'interprétation, le stockage et la restitution sont alors à la charge du destinataire. L'économie de papier est alors toute relative (Rodhain, 2008⁶⁵). D'autre part, les durées de vie des supports informatisés, celle des technologies utilisées et leur fiabilité (Pinheiro *et al.*, 2007⁶⁶) sont relativement courtes, aléatoires ou limitées au regard des obligations légales d'archivage des documents médicaux. Pour ces derniers, le délai de prescription en matière de droit civil est de 30 ans, ramené à 10 ans dans certains cas, la responsabilité des médecins pouvant être engagée jusqu'à 48 ans après les faits⁶⁷. L'Académie des sciences (2010⁶⁸) évoque la nécessité de changer de support de stockage informatique tous les 5 ans, quel qu'en soit le support, disque optique ou disque « dur ». Enfin, Laloë indiquait en 2014⁶⁹ que la conservation des données numériques consommait environ 4 % de la production de l'électricité mondiale alors que c'était moins de 1 % 5 ans auparavant...

L'utilisation des outils informatiques dédiés au monde médical ou paramédical (en dehors des systèmes médico-techniques ou à vocation administrative et de gestion) a commencé à s'étendre avec l'avènement de la micro-informatique au début des années 1980. Elle a ouvert de nouvelles perspectives dans le domaine de la santé, aussi bien en matière de connaissance, de prévision, de prévention, d'aide à la décision, que de sécurité et de qualité dans les soins. Historiquement implémentées dans la gestion, elles sont aussi vues comme un moyen de réduire les coûts et d'augmenter l'efficacité des systèmes de santé. Comme nous l'avons vu précédemment, diverses tentatives ont tenté, avec plus ou moins de bonheur, d'étendre ces utilisations. Le DMP ou à un degré moindre, le dossier pharmaceutique ou la standardisation des échanges en santé en sont des exemples. Néanmoins, si ces outils sont en théorie très performants, voire unificateurs, la disparité des démarches, des solutions techniques et informatiques proposées aux organisations et aux professionnels de santé, leur caractère souvent fermé et cloisonné, leur complexité relative de mise en œuvre, mais aussi l'existant, les habitudes d'usage, les attentes des utilisateurs et

⁶⁵ Rodhain Florence (2008) « Avec les technologies de l'information et de la communication, moins de pollution », in *Petit bréviaire des idées reçues en management*, Paris, La Découverte, « Cahiers libres », p. 249 : « Les TIC remplacent le papier »

⁶⁶ Pinheiro Eduardo, Weber Wolf-Dietrich, Barroso Luiz André (2007) "Failure Trends in a Large Disk Drive Population." In : *Proceedings of the 5th USENIX Conference on File and Storage Technologies (FAST'07)*, February 2007, pp. 17–23.

⁶⁷ CNOM (2009) « Dossiers médicaux, conservation et archivage », CNOM, site [Internet](#), 19 mai 2009. Selon le CNOM, aucun texte ne fixe de durée légale de conservation des archives pour les libéraux. Le CNOM leur recommande de s'aligner sur les durées prévues pour les établissements de santé, soit 20 ans.

⁶⁸ Laloë Franck, Hourcade Jean-Charles (2010) « Longévité de l'information numérique. Les données que nous voulons garder vont-elles s'effacer ? », EDP Sciences.

⁶⁹ Laloë Franck (2013) « La faible longévité des supports d'information numériques : un défi technologique », Colloque du 6 novembre 2013, Fondation de la Maison de la chimie, Site [Internet](#)

des patients, les notions de sécurité et de confidentialité entourant les données du patient, mais aussi le secret médical... font que ces outils sont loin d'être pleinement opérationnels ou à même de rendre les services auxquels l'on pourrait s'attendre, notamment en matière de mise à disposition ou d'échange d'information. Ils sont parfois loin d'être utilisés à leur juste capacité, surtout s'ils sont imposés (Ologeanu-Taddei *et al.* 2015⁷⁰).

Sur le fond, en paraphrasant Ledun (2005⁷¹), « deux catégories de techniques (Ndr. de l'information et de la communication) impliquant le sujet politique, fondamentalement antagonistes et pourtant concomitantes, s'opposent : celle qui restreint et qui sécurise, et celle qui libère et qui ouvre à la discussion. Loi du secret absolu et du règne privatif dans l'une (Ndr. a fortiori dans la santé). Circulation de l'information et de l'argument, dans les routes canalisées (Ndr. Le partage et la mise en commun des données de santé) et codifiées du débat public, dans l'autre. Maîtrise du risque et des dangers du monde extérieur versus " idéologie de la communication " ». Cette remarque peut être étendue aux professionnels de santé.

Enfin, l'adoption des TIC dans le contexte professionnel se fait « souvent sous la contrainte » dans un contexte de centralisation des décisions qui est aussi à mettre en relation avec notre modèle de protection sociale ou plus généralement, notre modèle de gestion des affaires publiques avec entre autres l'introduction du Nouveau Management Public (ou New Public management - NPM, Bezes, 2008⁷²), au début des années 1980. Cette introduction est plus ou moins associée aux changements radicaux portés par les principes de la réingénierie des processus d'affaires, et des besoins sans cesse croissants d'évaluations et rapports en tout genre. Apparemment, si les TIC tendent à favoriser, en théorie, le décloisonnement par le biais d'un fonctionnement dit en réseau, la vision générale portée par les politiques, les entreprises (publiques) et les services de santé restent encore orientée vers un mode organisationnel hiérarchique affirmé et centralisé. D'autre part, les capacités étant toujours plus étendues, il faut plus d'information pour produire plus d'indicateurs permettant d'orienter les décisions qui nécessitent plus d'informations...

Nous reviendrons ultérieurement sur la notion de communication (entre deux acteurs nous concernant). Elle peut revêtir soit un caractère mono directionnel, une demande sans attente de retour ou de résultats directs, ou *a minima*, un caractère bidirectionnel, une demande avec l'attente d'une réponse, directe ou indirecte.

Les interactions entre les différents acteurs tendent à démontrer un besoin d'échange ou de partage d'information. Ils restent pourtant souvent contextuels, entre professionnels de santé (à comprendre comme l'ensemble des acteurs en charge directement ou indirectement d'une personne nécessitant des soins, ponctuels, étalés dans le temps, ou revêtant un caractère de permanence), alors qu'ils intéressent aussi les chercheurs étudiant la santé des populations, épidémiologie ou prévention par exemple, les coûts de la santé ou l'efficacité des activités liées aux soins, tout comme le financeur et les assureurs impliqués dans le système de santé.

Améliorer et optimiser ces échanges reste un réel besoin. Les solutions satisfaisant à la fois les différentes catégories de professionnels eux-mêmes, mais aussi les autres partenaires de la santé, assureurs, financeurs, chercheurs, etc. restent encore à trouver. Aucune solution intéressant l'ensemble des acteurs intervenant directement ou indirectement (prestataires,

⁷⁰ Ologeanu-Taddei Roxana, Gauche Karine, Morquin David, Bourret Rodolphe (2015) « La capacité d'appropriation, une capacité organisationnelle immatérielle négligée dans l'adoption des systèmes d'information et de gestion. », *Innovations*, Vol. 2, n° 47, pp. 79-100

⁷¹ Ledun Marin (2005) « [La colonisation de l'expérience politique](#) », *Articulo, Journal of Urban Research*, n° 1

⁷² Bezes Philippe (2008) « Chapitre 8 : Le tournant néomanagérial de l'administration française », *Politiques publiques, tome 1*, Paris, Presses de Sciences Po, collection « Académique », p. 216 et suiv.

industriels ou éditeurs par exemple) dans la santé ne semblant pas possible⁷³, nous nous limiterons aux échanges entre les partenaires directement responsables du soin et de la santé des patients, dans le contexte des parcours, sans pour autant éluder les autres centres d'intérêt pour ces mêmes informations.

Dans le contexte actuel de notre système de santé, la logique qui prévaut est essentiellement centrée sur ce que Saint-Pierre et Gauthier (2011⁷⁴) appellent la réalisation d'actions en réseau, souvent orienté vers le soin (« le *cure* »). Ce sont des centres d'activité stables et nettement délimités dans le temps et dans l'espace. La mise en place des parcours sous-entend « changer de paradigme » et passer à une logique de réseau d'actions, dont la forme peut revêtir une organisation structurée et formelle, avec logique d'intégration plus ou moins étendue, mais qui pose les mêmes problèmes que celui des actions en réseau... Ou une organisation « non structurée », sous-entendue informelle, mais en interrelation étroite et dynamique. Cette forme souple permet la réalisation d'activités qui requièrent « *la contribution active de combinaisons de personnes et d'artefacts en reconfiguration constante, œuvrant au gré de trajectoires temporelles étendues, et largement distribuées dans l'espace* » (Engeström, 2008⁷⁵). Engeström la nomme le *knotworking* – le travail en nœuds – en référence à l'orchestration d'une performance collaborative, distribuée et partiellement improvisée, entre des acteurs ou des systèmes d'activité qui sont par ailleurs faiblement connectés entre eux et qui mettent en pratique cette communication, ces échanges ou ces partages de façon opérationnelle. Il pousse par ailleurs l'analogie plus loin en comparant ces formes de coopération à du mycélium, dont la vie et la structure évoluent au fil des relations symbiotiques avec l'environnement.

Le patient sera-t-il alors au centre du système de santé... ou est-ce que ce sera son artefact numérique, son dossier de santé digital, multimédia, multi-vues, multi-partagé dans le Cloud, examiné par le *deep learning* ?

Temps et Communication

Avant d'aller plus en avant dans nos tentatives de définitions, de présenter notre démarche exploratoire, les supports théoriques qu'elle emprunte, ses résultats et les perspectives qu'elle pourrait offrir, avant de parler de système, de santé, de communication ou d'information, permettons-nous de faire un détour par la sociologie pour illustrer une partie de la complexité problème. Faisons un parallèle avec la notion de temps vu sous différents angles dont la sociologie (Ramos, 2008⁷⁶).

Si le temps est l'un des objets ou concepts les mieux partagés en sciences humaines et sociales, obtenir un jour un consensus sur sa définition semble peu probable. Chaque discipline défend sa propre conception du temps : la longue durée pour l'Histoire ou la diachronie des linguistes, les durées brèves pour la psychologie ou la synchronie des linguistes, les rythmes endogènes pour les chronosciences, les temporalités sociales pour la sociologie, le temps homogène du physicien, sa relation à l'espace chez les géographes, etc.

⁷³ Dans des travaux précédents, nous nous étions intéressés aux facteurs de succès ou d'échec de l'informatisation du dossier patient vue depuis un forum de discussion. Cette informatisation est à l'œuvre depuis de nombreuses années sans pour autant arriver à faire émerger une convergence des points de vue, à la fois en ce qui concerne les définitions (qu'est-ce qu'un dossier ?), les outils et leurs avatars techniques et technologiques... mais aussi sur ce que peut être un succès ou un échec, une innovation, voire même la notion d'informatisation ou d'usage des technologies de l'information et de la communication. (Voir AIM 2013, Vêret, Bidan, Grenier.)

⁷⁴ Voir Saint-Pierre Michèle et Gauthier Jacques-Bernard (2011) « Les conditions de passage de l'action en réseau à un réseau en action dans le secteur de la santé », *La Revue des Sciences de Gestion*, n° 251, p. 31-36

⁷⁵ Engeström Yrjö (2008) « Quand le centre se dérobe : la notion de *knotworking* et ses promesses », *Sociologie du travail*, Vol. 50, pp. 303-330

⁷⁶ Adaptation à partir d'un extrait de Ramos Jean-Marc (2008) « Les années temporalistes : vers une science des temps ? », in De Terssac Gilbert et Tremblay Diane-Gabrielle, « Où va le temps de travail ? », Toulouse, Octares Éditions, p. 259-269

La diversité des approches témoigne de l'existence de temps multiples, souvent divergents et parfois contradictoires, dont l'unification même partielle, qui représente un défi pour la pensée et relève de la métacognition⁷⁷, voire de la métaphysique. C'est pourquoi le pluralisme temporel, en tant que position épistémologique fondée sur le travail de particularisation des temps, s'occupe peu de la catégorie générique et abstraite du temps. Ce paradigme nous engage plutôt à étudier les temps sous-jacents, mais bien réels qui organisent les milieux de vie et les spécifient.

Le temps est un objet paradoxal dans la santé. On l'apprécie souvent en fonction de son écoulement ou des durées, autres expressions du temps... Il est toujours trop long pour les patients, mais toujours trop court pour les professionnels de santé, il est discontinu pour l'être humain, mais continu pour l'hôpital qui fonctionne 24 h sur 24, 7 j sur 7... Le temps des urgentistes n'est pas « le même » que celui de la médecine générale, du couple chirurgien/anesthésiste ou du gériatre, du contexte pathologique du patient (aigu ou chronique)... ou de celui de la communication... ou de l'Administration. Quant à l'expression de « temps réel », comme souvent mise en avant par les tenants de l'informatisation, la notion même de « réel » (au sens d'immédiateté) dépend étroitement du besoin et de la caractéristique critique ou non d'une donnée ou d'une information en fonction de ce même besoin et du temps en question. Généralisation des outils technologiques et de l'informatique aidant, l'immédiateté tend à devenir la règle (tout, tout de suite, maintenant, même en santé), même si la profusion possible des données disponibles (ou demandées) ainsi que leurs interprétations possibles, y compris dans la santé, ne doit pas masquer que la médecine, les soins, la santé sont aussi affaire de relations humaines. La communication, son sens et sa qualité sont alors soumis à plusieurs contraintes, dans lesquelles le temps n'en constitue qu'une partie.

Polysémie de la communication en santé

Un « Festival de la Communication Santé » existe depuis la fin des années 1980, mais il est sans rapport avec notre démarche. S'il a pour mission « *de mettre en lumière les communications santé des institutions, associations et entreprises destinées à l'ensemble des professions de santé, des patients et du grand public.* », elles concernent essentiellement des produits et des services commerciaux. Communiquer en santé revêt ainsi des appellations et des finalités multiples. De nombreuses formes de communication, organisationnelle, publique, institutionnelle, professionnelle, scientifique, grand public... coexistent et elles empruntent des canaux ou des médias différents. Dans notre contexte, la communication en santé n'aborde qu'un sous-ensemble de ces communications. Notre paysage de communication se limite aux échanges concernant une personne ou un groupe de personnes (famille) dans le contexte d'une prise en charge ou d'un suivi (parcours) assuré par un ou des professionnels de santé.

Nous présentons rapidement ci-après ce que peut être la communication en santé et les problèmes qu'elle peut soulever. Nous y revenons plus en détail dans la présentation des concepts et des théories sur lesquels nous nous sommes appuyés dans notre démarche.

⁷⁷ Il existe au moins deux propositions en faveur d'un principe unificateur transdisciplinaire. La première consiste à rechercher des traits invariants de la notion de temps dans les représentations culturelles : Barreau H. (1999) « Les invariants naturels et culturels de la représentation du temps face à la mondialisation ». Communication présentée au Symposium ISST – AFAS : Temps et mondialisation. Paris, le 5 novembre 1999. Cette hypothèse apparaissait déjà dans un ouvrage collectif plus ancien : Ricœur Paul (1975) « Les cultures et le temps ». Payot. La seconde lui donne la forme d'un modèle organisateur reflétant différents niveaux de conscience du temps. C'est « la théorie hiérarchique du temps » qui a été développée dans plusieurs ouvrages par le fondateur de l'International Society for the Study of Time. Fraser Julius Thomas (1990) "Of Time, Passion and Knowledge" Princeton, University Press. D'autres concepts peuvent remplacer celui du temps, avec des préoccupations ou des antagonismes similaires.

Communiquer en santé...

“To live effectively is to live with adequate information. Thus, communication and control belong to the essence of man’s inner life, even as they belong to his life in society.” Norbert Weiner, “The human use of human beings. Cybernetics and Society.” 1950, 1954, 1989, p. 18.

Communiquer en santé reste compliqué, car il s’agit aussi de communiquer sur la santé, de soi-même, d’une personne, d’un groupe de personnes ou, de façon plus générale, de communiquer au sein d’un système de santé selon plusieurs perspectives, système dans lequel les interactions complexes tendent potentiellement vers des buts différents, avoués ou non.

Cette communication s’inscrit au croisement de la politique de santé et de la maîtrise des dépenses publiques, de la politique de ses principaux acteurs, les professionnels de santé et les patients, et de la politique industrielle, dont celles associées aux systèmes d’information, aux TIC ou ses applications dans notre domaine. Dès lors, les enjeux et les objectifs diffèrent en fonction des parties prenantes, le patient, son entourage, le professionnel de santé, l’assureur, le financeur, le fournisseur de biens ou de services... ou du niveau auquel on se place.

Les injonctions concernant une communication structurée, normée et textualisée, utilisant les TIC et nécessitant un partage d’informations, sont généralement liées aux politiques de santé et décidées par le gouvernement. Chargé de la gouvernance de notre système de santé, ses besoins sont pleinement légitimes. Cependant, notre système de protection sociale, dont la santé, possède quelques singularités, un fonctionnement dual public privé, les habitudes de la profession, etc. génératrices de « certaines résistances » face à l’attitude « normalisatrice et coercitive » de l’État. Comme souvent constaté, la « coercition » engendre souvent plus de résistances que d’acceptation, surtout dans ce système social complexe.

William Ross Ashby aurait écrit en 1957, *“The harder you push, the harder the system pushes back.”*⁷⁸ Cette formulation attribuée par Battle-Fisher (2014⁷⁹) à Ashby n’est pas la formulation exacte. Ashby souligne les limites de la rétroaction. *« Si elle paraît évidente dans des systèmes simples (Ndr. la rétroaction entre 2 systèmes, A et B), elle devient “ artificielle ” dans les systèmes plus complexes (Ndr. 20 boucles de rétroactions existent entre les systèmes A, B, C et D, interconnectés). Ces systèmes ne peuvent pas simplement être regardés comme un ensemble entrelacé de boucles de rétroactions plus ou moins indépendantes, mais seulement comme un ensemble... Par conséquent, pour comprendre les principes généraux des systèmes dynamiques, la notion de rétroaction est insuffisante en soi. Ce qui est important, c’est que les systèmes complexes, richement interconnectés en interne, ont des comportements complexes, et que ces comportements peuvent être des activités orientées (Ndr. vers des objectifs propres, fondus) dans des motifs complexes »* (p. 54, notre traduction). Sa remarque peut aussi s’interpréter comme une métaphore pour parler des résistances aux changements. Néanmoins, les tenants de l’approche systémique (System thinking) considèrent cette formulation attribuée à Ashby comme l’une des 11 lois régissant leur démarche. C’est en fait la seconde loi des 11 lois de la pensée systémique déclinées par Senge (1990, 2010⁸⁰) dans son approche de l’organisation apprenante.

⁷⁸ Ross Ashby William (1957) *“An introduction to Cybernetics”* Chapman & Hall, 2nd Ed

⁷⁹ Battle-Fisher Michèle (2015) *“Application of Systems Thinking to Health Policy & Public Health Ethics. Public Health and Private Illness”* Springer

⁸⁰ Senge Peter M. (1990) *“The fifth discipline: the art and practice of the learning organization”* Currency Doubleday, New York, chap. 4, p. 57 et suiv. pour l’édition de 1990. L’édition 2010 renvoie à l’édition de 1990 pour la définition des dites lois.

Et l'informatisation des prestataires des soins et de la santé doit être vue plus comme un moyen, permettant notamment d'améliorer et de renforcer cette communication, dans leur écosystème, que comme une fin. Sans oublier les premiers intéressés, les patients. Les TIC, enfouies ou non, sont aujourd'hui omniprésentes dans les usages quotidiens, à titre personnel, mais aussi à titre professionnel, en lien avec la spécialisation croissante des acteurs et l'augmentation de leurs moyens d'investigation, spécialisation qui a tendance, entre autres, à renforcer les cloisonnements et rendre les parcours plus compliqués, au moins pour patient, voire son médecin traitant. D'autre part, les « nouveaux usages », comme ceux offerts par Internet, permettent un accès relativement aisé à des connaissances qui étaient jusque-là réservées à certains groupes « d'initiés » (Wildavsky⁸¹). La profusion de ces connaissances, mais aussi des outils techniques disponibles, dont les objets connectés à usage personnel ou professionnel, rend elle-même nécessaire un regard critique que bien des usagers, notamment les patients, sont loin de mettre en œuvre. Les forums « grand public » en sont un exemple. Ils induisent aussi une modification de la perception que peuvent avoir certains patients des pathologies, de la médecine en général, des professionnels de santé en particulier... et de la communication entre ces acteurs.

... C'est aussi communiquer sur la et sa santé...

Dans la préface de son ouvrage, Dianne Berry⁸² (2007) propose une première approche de la communication en santé : « *La santé est un domaine où une communication efficace est particulièrement importante, car une bonne communication contribue à pratiquement tous les aspects de la santé et des soins. Il existe aujourd'hui un ensemble d'éléments probants démontrant que les patients traités par professionnels de santé ayant de bonnes compétences de communication ont une meilleure santé. À l'inverse, une communication inefficace, de la prise en charge individuelle à l'échelon le plus élevé de la santé publique, peut conduire à un désengagement des patients vis-à-vis du système de santé, en refusant de suivre les recommandations et conseils ou [en refusant] de se conformer aux schémas thérapeutiques [prescrits] et en omettant de faire face aux conséquences psychologiques [et sociales] de leur maladie* » (notre traduction).

Si cette première approche peut sembler imparfaite ou incomplète, elle met néanmoins en évidence l'incidence de facteurs multiples qui peuvent interférer à la fois sur la communication, mais aussi sur la santé d'une personne et l'évolution du rôle des professionnels de santé. L'intérêt, la nature, les moyens, la réalité... voire la nécessité même de cette communication sont fortement dépendants des contextes, des acteurs, de leurs positionnements, des enjeux, etc. Comme il est nécessaire de respecter les formes, cette communication ne peut se faire qu'...

⁸¹ Wildavsky s'interroge sur l'accessibilité de la science autour de son analyse du principe de précaution (PP). En permettant à des « citoyens éclairés » d'avoir la capacité à critiquer les articles publiés, dont ceux relatifs à la santé ou à l'environnement, non pas par le biais de la vulgarisation, mais directement à la source, ils ont la possibilité d'agir sur la qualité de ces publications et sur la réalité des risques. Sur le principe, en sachant comment acquérir l'information à la source, il est possible de détecter s'il y a des erreurs dans les conclusions données ou dans la manière dont les résultats sont vulgarisés. Wildavsky Aaron (1995) "But Is It True? A Citizen's Guide to Environmental Health and Safety Issues" Cambridge, Massachusetts and London, England, Harvard University Press. Voir aussi l'article de Grignon Michel (2011) « Note de lecture critique. », *Revue française des affaires sociales* n° 4, p. 181-187.

⁸² Berry Dianne (2007) "Health communication. Theory and practice" Open University Press, préface p. X. "Health is an area where effective communication is particularly important, as good communication contributes to virtually all aspects of healthcare. There is now a substantial body of evidence to show that patients who are dealt with by healthcare providers with good communication skills have better health outcomes. The converse, ineffective communication, whether at the individual health professional or wider public health level, can lead to patients not even engaging with the healthcare system, refusing to follow recommended advice or to adhere to treatment regimens and failing to cope with the psychological consequences of their illness."

... En respectant un cadre bien défini.

*Code de la déontologie médicale, article 59 (article R.4127-59 du Code de la santé publique) :
Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre médecin, rédiger à l'intention de son confrère un compte-rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en informant le malade. Il en conserve le double.*

*Code de la déontologie médicale, article 60 (article R.4127-60 du Code de la santé publique) :
Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage.
Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice.*

S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade.

*À l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient.
Code de déontologie médicale, CNOM, 05/11/2012*

Le Code de la santé publique et le Code de la déontologie médicale, dont une grande partie des articles est reprise dans des articles spécifiques du Code de la santé publique, régissent la communication entre les différents professionnels de santé (médecins). Cependant, le Code de déontologie de l'ordre des médecins précise un certain nombre de règles et contextes d'usages donnant un aspect pratique aux articles de la Loi, sans pour autant s'y substituer. Nous reproduisons *in extenso* certaines de ces recommandations ci-après.

Le Code de la déontologie précise pour l'article 59 :

- « ... À la fin de la consultation, le médecin consultant écrira au médecin traitant et l'informerá de ses constatations ou donnerá l'avis demandé. En cas d'urgence, cette réponse peut être orale, téléphonique, mais elle sera systématiquement doublée par une correspondance, moins soumise à erreur de transmission et laissant une trace de la consultation auprès des deux médecins. Le patient est informé de cet échange et peut en demander copie. Les progrès de la télémédecine créent de nouveaux modes de consultation et permettent de prendre l'avis d'experts, quel que soit leur éloignement. Les mêmes règles déontologiques s'appliquent. »

Et pour l'article 60 :

- « ... Le médecin ne peut s'opposer à ce qu'un patient prenne l'initiative de consulter un autre médecin. Le choix du médecin consultant peut être orienté par le médecin traitant sur la demande du patient qui garde sa liberté de choix. Si ce choix n'a pas l'agrément du médecin habituel ou si la spécialité ne correspond pas à la maladie présentée, ce dernier doit l'indiquer au patient. Dans tous les cas, il doit de préférence remettre au patient une lettre ou tout document susceptible d'éclairer le consultant ou les lui adresser séparément s'il ne juge pas souhaitable de les remettre en main propre au patient, mais en l'en informant... À la fin de la consultation, le médecin consultant écrira au médecin traitant et l'informerá de ses constatations ou donnerá l'avis demandé. En cas d'urgence, cette réponse peut être orale, téléphonique, mais elle sera systématiquement doublée par une correspondance, moins soumise à erreur de transmission et laissant une trace de la consultation auprès des deux médecins. Le patient est informé de cet échange et peut en demander copie. Les progrès de la télémédecine créent de nouveaux modes de consultation et permettent de prendre l'avis d'experts, quel que soit leur éloignement. Les mêmes règles déontologiques s'appliquent. »

À l'heure des TICN et malgré la Loi du 21 juin 2004 pour la confiance numérique, année qui a vu le lancement du DMP, il est possible de s'interroger sur la notion de l'écrit, vue par le Code de la déontologie édicté par le Conseil de l'ordre des médecins et inscrit dans le Code

de la santé publique. D'autant que l'article R1112-11⁸³ de la partie réglementaire du Code de la santé publique précise : « Article R1112-11 : L'admission à l'hôpital est prononcée par le directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement. Elle est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'établissement, sur présentation d'un certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement, attestant la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé sans mentionner le diagnostic de l'affection qui motive l'admission. Il est accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation adressée au médecin du service hospitalier donnant tous renseignements d'ordre médical utiles à ce dernier pour le diagnostic et le traitement. »

Ainsi, même si les échanges électroniques sont d'ores et déjà réalité et doivent monter en puissance, le partage d'informations ou, pour le moins, la mise à disposition d'éléments relatifs aux patients dans un dossier centralisé et partagé devenir la règle, les usages associés à certains aspects économiques doivent évoluer... Et les règles définies dans le Code de déontologie et reportées dans le Code de la santé publique devront vraisemblablement être amendées pour tenir compte de l'évolution des usages permise par les TIC, mais aussi la permettre, voire l'inciter. Il est probable que des contraintes similaires existent dans les secteurs médico-social et social, sans parler des échanges entre l'ensemble des secteurs segmentant notre système de santé, ses professions, ses intervenants, et les principaux intéressés, les patients.

Communication, données, information, message, connaissance ou technologies...

Un vendredi après-midi, B., infirmière de jour (et de semaine) de l'EHPAD Z, appelle le Docteur M., médecin traitant de Mme D., 85 ans. Mme D., nommément citée par B., présenterait « des boutons sur la partie haute du corps ». Elle n'est pas en mesure de préciser davantage. « Ben, c'est des boutons quoi ! (sic) ». Rendez-vous est pris pour une visite le lundi suivant. Le lundi matin, le Docteur M. va voir sa patiente. Mme D. va bien et ne présente aucun bouton. Elle rencontre alors L., infirmière coordinatrice de l'EHPAD, qui lui relate les faits, surprise que Mme D. soit « déjà guérie ». Pendant le week-end, le médecin coordonnateur H., constatant l'étendue du zona, a décidé de démarrer un traitement antiviral (Acyclovir). Le contexte de la consultation n'est pas connu (chambre ou infirmerie), H et B n'étant pas là. Le traitement a été donné à la Mme D. à la place de la patiente concernée (Mme K.) qui n'a pas été traitée depuis vendredi (l'Acyclovir ne peut plus agir maintenant) et qui est suivie par un autre médecin traitant (non prévenu). Cet exemple de défaut de communication entraînant des erreurs et des contretemps en cascade aurait pu avoir des conséquences bien plus graves dans un autre contexte médicamenteux (iatrogénie) ou pathologique. Le travail d'articulation (Strauss) est largement mis en défaut. L'envoi d'une photo de la patiente (visage) et d'images (animées ou non) des lésions, par MMS⁸⁴ par exemple, au moment de l'appel aurait permis d'éviter ces problèmes.

Cet exemple illustratif aurait pu être dramatique. Une « bonne » communication et un « bon usage » des TIC auraient pu éviter certaines erreurs. Dans l'environnement lié à notre travail de recherche, c'est le contexte « communicationnel » et le support de l'échange qui matérialisent ce que peut être une information. Incomplète, mal interprétée ou mal présentée, elle peut être source d'erreurs. De même, une erreur dans sa représentation (référentiel inadapté) peut avoir des conséquences très graves ou très coûteuses. Si l'on sort d'un domaine où la santé n'a pas de prix pour aller dans un autre où les projets ont un coût élevé, voire très élevé, comme l'exploration spatiale à l'aide de sondes, une erreur, même

⁸³ Légifrance. [Version en vigueur au 27 mai 2003](#). Cette version est toujours en vigueur en 2015 et semble le rester dans la version du Code de la santé publique prévue au 1er novembre 2015.

⁸⁴ Cette solution est mise en œuvre à titre préventif dans certains hôpitaux, notamment en dermatologie dans le cadre des protocoles de prévention des escarres. Il permet de faire un suivi à distance et d'éviter un déplacement du patient en consultation si elle n'est pas nécessaire.

fortuite, dans la communication entre systèmes ou entre équipes humaines, peut avoir des conséquences désastreuses et fort coûteuses.

Informatique, erreurs et coûts

Après l'échec inexplicable de la mission Mars Observer en 1993 (813 millions de dollars de 1993), la Nasa décide de lancer des missions plus légères. « Better, faster, cheaper » sont les maîtres mots dans lesquels s'inscrit le programme Mars Surveyor. Après deux succès, la Nasa envoie deux nouvelles sondes en 1998, Mars Climate Orbiter et Mars Polar Lander. De façon à réduire les coûts, la première sonde doit gagner son orbite de travail définitive par aérofrenage. Il nécessite un positionnement très précis (vitesse et altitude) pour ce vol orbital. Les ingénieurs devaient reprendre le contact avec la sonde après la phase d'éclipse par Mars. La sonde s'est écrasée sans accomplir sa mission, se trouvant à une altitude beaucoup trop basse par rapport aux prévisions, après 4 phases de correction de trajectoire en cours de transit. Cette perte est due à deux systèmes de référence de calcul différents :

- Lockheed-Martin, le concepteur de la sonde, exprime la poussée (livre-force/seconde) en unités anglo-saxonnes (système impérial) ;
- Le JPL, « l'utilisateur » de la sonde, utilise le système métrique (newton/seconde).

Les corrections de trajectoire, effectuées sur la base de calculs erronés (référentiels différents), ont conduit à une trajectoire finale trop proche de Mars...

La seconde sonde, Mars Polar Lander, a subi le même sort, pour des raisons différentes. L'équipe des tests de déploiement des pieds (arrêt des rétrofusées) à l'arrivée au sol sur Mars n'était pas la même que celle gérant la séquence de descente, chaque équipe ré initialisant l'ordinateur de bord en fin de mission. En situation réelle, la même équipe prenait en charge l'intégralité de la descente, certaines informations fournies sur l'ensemble de la phase devenant de fait erronées. D'autre part, en raison de la sensibilité aux vibrations des capteurs de la sonde, le logiciel de bord a interprété la situation (vibrations) comme l'arrivée au sol en déclenchant l'arrêt des rétrofusées et le déploiement des pieds trop tôt (pas de relation entre la télémétrie de bord et le système de gestion des rétrofusées).

L'explosion d'Ariane 5, lors de son vol inaugural (vol 501), a été due à une erreur du logiciel du calculateur de bord en raison d'une exception non traitée lors de la conversion d'un nombre flottant en 64 bits vers un entier en 16 bits (dépassement de capacité)...

Les exemples liés à des erreurs de calcul dues à des erreurs de programmation ou d'algorithmique sont en augmentation en raison de la complexité croissante des systèmes techniques et informatiques embarqués. Ainsi, *Toyota* a accepté en décembre 2012 un arrangement selon lequel le constructeur verserait un paiement compensatoire de 1,6 milliard de dollars aux victimes des véhicules souffrant d'un défaut d'accélération intempestive. Après une phase de déni du constructeur, celui-ci a été mis devant le fait accompli par des experts du logiciel embarqué chargés d'analyser le problème. Ils ont alors découvert dans le code des variables critiques et des tâches qui se plantaient. Ils ont également mis à jour des faiblesses dans le logiciel chargé de traiter les anomalies de la commande électronique de la soupape d'admission des gaz. Ils ont ainsi pu démontrer que de tels défauts pouvaient conduire à des accélérations aberrantes.

La technologie et les programmes informatiques ne sont pas les seuls en cause. Plus récemment, des véhicules autonomes ont été « victime » d'accidents parce que, à la différence des humains, ils respectent le Code de la route...

Données, information et connaissance

Si nous ne proposons pas ici de nouvelles définitions liées aux concepts de donnée, information ou connaissance⁸⁵, nous n'ocultons pas ces concepts pour autant. Dans les approches traditionnelles, il est courant d'établir une hiérarchie ordonnée entre les différents concepts : les données sont la matière première de l'information qui est la matière première de la connaissance, qui est elle-même la matière première de la sagesse... Les sciences de l'information explorent les données, regroupées en blocs logiques ayant une signification dans un contexte donné (comme dans HL7-CDA ou les archétypes d'OpenEHR dans la santé) et les informations, elles le font rarement pour les connaissances qui prennent elles-mêmes des acceptions différentes en fonction des approches. Ainsi, on parle généralement de bases de données, plus rarement de bases d'information. De même, la notion actuelle de Big-Data (« mégadonnées ») fait bien référence aux données, l'information pouvant être considérée comme l'interprétation des résultats des requêtes effectuées sur ces mégadonnées. Ainsi, la communication est souvent vue selon l'approche transitive initiée par Ferdinand de Saussure dans son « *Cours de linguistique générale*⁸⁶ » en 1916 (linguistique structurale), formalisée notamment par Claude Shannon et Warren Weaver en 1948 dans « *La théorie mathématique de l'information* ». Ces schémas ont été largement critiqués et amendés depuis. Nous les citons ici à titre introductif.

Dans notre étude, nous utilisons le terme information en relation avec les flux (les communications) associés aux processus de façon « générique », quels que soient sa forme, émise ou reçue, et son vecteur de « transmission » (le média). Nous considérons donc que le message n'est pas (de) l'information (le contexte « n'est pas connu »), il n'est qu'un « support de transfert » et il n'est pas pérenne, à la différence d'un « document ». En reprenant la définition proposée par Wikipédia, l'information ne circule pas (elle n'est pas un objet), mais qu'elle se redéfinit sans cesse (elle est une relation et une action). Il y a donc distinction entre le support, le document, l'information et le savoir. Pourtant, le Bulletin officiel de l'Éducation nationale du 26 février 1981 définit l'information comme un « *élément de connaissance susceptible d'être représenté à l'aide de conventions pour être conservé, traité ou communiqué* ». En lien avec ses études sur la budgétisation et l'utilisation des informations par les organisations, Wildavsky (1983⁸⁷) souligne que « *la structure même des organisations (les unités, les niveaux, la hiérarchie) est conçue pour réduire les données dans des proportions gérables et manipulables... À chaque niveau, il y a non seulement compression des données, mais également absorption de l'incertitude [Ndr. et réduction du sens]. Ce ne sont pas les choses par elles-mêmes, mais des résumés de données réduites qui sont transmises niveau par niveau jusqu'au point où, à la fin, les dirigeants se retrouvent avec de simples chaînes d'inférences. Quelle que soit la façon dont ils procèdent, l'erreur est endémique. Si les dirigeants cherchent à remonter jusqu'à la source originelle, ils sont facilement dépassés, s'ils s'appuient sur ce qu'ils reçoivent, ils sont facilement induits en erreur.* »

⁸⁵ Succinctement, nous considérons qu'une donnée (couple définition - mesure ou perception, présentée sous une forme « conventionnelle » en vue « d'un traitement ») « devient » une information (contextualisation) lorsqu'elle est mise à la disposition (ou transmise) d'un interlocuteur capable de l'interpréter (en réponse à une sollicitation ou non) et de l'utiliser « nativement », en relation avec un environnement défini (un contexte) en mobilisant des connaissances. Cet interlocuteur peut être un individu ou un dispositif technologique.

⁸⁶ L'ouvrage a été à titre posthume par Bally et Sechehaye à partir d'autographes et de notes d'étudiants. Le Cours exprime la différence entre le signifié, le concept abstrait, le sens, et le signifiant, sa représentation, la face matérielle de son « image acoustique ». S'il n'existe, selon l'auteur, aucun rapport interne entre le signifié (le concept) et le signifiant (le mot qui le représente), le signe linguistique unit les deux, est nécessaire et imposé à l'individu et la communauté. « Si par rapport à l'idée qu'il représente, le signifiant apparaît comme librement choisi, en revanche, par rapport à la communauté linguistique qui l'emploie, il n'est pas libre, il est imposé », p. 104, chapitre 2.

⁸⁷ Wildavsky Aaron (1983) "Information as an organizational problem" *Journal of management studies*, Vol. 20, Issue 1, pp. 29–40

Pour Zins (2007⁸⁸), la donnée (D), l'information (I) et les phénomènes de connaissance (K) ont « deux modes d'existence », l'un objectif (en tant que chose ou objet, comme un livre imprimé), l'autre subjectif (lié au sujet, à l'individu, comme une pensée, une conceptualisation « interne »). Ainsi, ils ne sont pas liés à l'arbitraire (le subjectif) ou à la véracité (l'objectif). Zins préfère utiliser la notion de « connaissance et de savoir universels » (externes à l'individu), à la place de celle de « connaissance objective », la connaissance subjective relevant du domaine du privé (de l'individu, ses connaissances propres, ses sentiments, objectifs « cachés »...). Ces deux dimensions sont respectivement nommées Domaine universel (UD) et Domaine subjectif (SD). Il répartit ainsi Données, Informations et (K) Connaissances en 5 modèles en fonction des définitions issues de son approche qualitative (les définitions données par des experts selon la démarche Delphi) et de leur appréciation, universelle ou subjective. Dans notre « modèle de communication », données, informations et connaissances empruntent l'un des 5 modèles proposés par Zins (p. 489), modèle qui varie essentiellement en fonction « de la communauté ou de l'écosystème » dans lequel cette communication s'établit.

La notion de Technologie de l'Information – TI, ou dans sa forme étendue, de « Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication – NTIC », de « miTIC – médias, images, Technologies de l'information et de la communication⁸⁹ », voire de « TICN – TIC numériques », renvoie généralement à une dimension purement technique limitée au « *traitement et la transmission des informations, principalement de l'informatique, de l'Internet et des télécommunications*⁹⁰. » L'intégration du concept d'usage entraîne l'utilisation de la notion de DISTIC, les dispositifs sociotechniques d'information et de communication. Plutôt que de tenter de redéfinir une nouvelle fois la notion de technologie présente dans tous ces acronymes, dans le cadre du présent document nous l'interprétons au sens de la définition donnée par Schöffler⁹¹, qui a l'avantage d'être ouverte, même si de nombreuses interprétations restent possibles :

« La technologie est l'élaboration et le perfectionnement des méthodes permettant l'utilisation efficace des techniques diverses prises isolément, en groupe ou dans leur ensemble – qu'il s'agisse de techniques ou mécaniques, physiques ou intellectuelles – en vue d'assurer le fonctionnement des mécanismes de la production, de la consommation, de l'information, de la communication, des loisirs, de la construction et de la destruction, ainsi que des activités de la recherche artistique et scientifique ».

Schöffler distingue trois technologies, souvent conjointes :

- Une technologie instrumentale, des outils les plus simples aux plus complexes ;
- Une technologie sociale vue comme l'insertion d'idées ou d'objets dans le circuit social, sur les plans financiers, industriels et politiques, par l'intermédiaire de ceux qui représentent les différents secteurs et les différents groupes de pression, utilisateurs compris ;
- Une technologie économique, les principes et les techniques de rentabilisation des investissements, ainsi que les études théoriques et leur mise au point opérationnelle par des techniciens à la disposition des décideurs.

⁸⁸ Zins Chaim (2007) "Conceptual approaches for defining data, information, and knowledge." *Journal of the American society for information science and technology*, Vol. 58, n° 4, pp. 479–493

⁸⁹ Cet acronyme créé à Genève (*The Investments club network*) tend à élargir le concept de TIC en prenant également en compte les convergences multimédias et les aspects éthiques, sociétaux et légaux induits par l'expansion et la généralisation des usages des nouvelles technologies.

⁹⁰ Définition issue de Wikipédia

⁹¹ La définition est issue du site Internet dédié à Nicolas Schöffler : <http://www.olats.org/schoffer/archives/deftech.htm>

Note: Même si cela est quelque peu limitatif, nous intégrons dans la notion de technologie instrumentale le périmètre concernant les technologies défini par Orlikowski (1992⁹²) comme des artefacts « matériels », qui résultent de différentes configurations de matériel et de logiciels. Orlikowski précise néanmoins sa distinction théorique entre la nature matérielle de la technologie et les activités humaines qui conçoivent et utilisent ces artefacts, ces objets matériels étant le résultat d'une action humaine coordonnée, et donc intrinsèquement sociale. La notion de rôle vient toutefois tempérer ce point de vue, Orlikowski cadrant le rôle de la technologie en termes d'interaction mutuelle entre agents humains et la technologie, elle est donc à la fois structurelle et socialement construite. Elle étend ainsi la théorie de la structuration de Giddens (la structuration est un processus social impliquant l'interaction réciproque entre les humains et les caractéristiques structurelles des organisations. Les actions humaines sont à la fois permises et contraintes par les structures qui sont elles-mêmes le résultat des actions précédentes des humains), en considérant les technologies comme une propriété structurelle des organisations. Si, pour Giddens, il y a une dualité dans les structures, Orlikowski l'étend aux technologies. Une technologie est créée et modifiée par l'action humaine, mais aussi utilisée par les humains pour accomplir une action. Elle est, de façon interprétative, souple parce que l'interaction de la technologie et des organisations est fonction d'acteurs différents, mais elle dépend aussi du contexte sociohistorique de son élaboration et de son utilisation.

Certains termes sont utilisés dans le langage courant et leur compréhension « évidente » ne semble pas présenter de difficultés particulières. Mais, la complexité des mécanismes qu'ils cachent apparaît lorsque l'on cherche à les définir et à les conceptualiser. Avant d'aller plus en avant dans la présentation de notre travail, il nous semble nécessaire de revenir sur différentes notions et de présenter de façon non exhaustive quelques définitions et thématiques qui ont animé notre travail de recherche. L'Histoire ne se répète jamais. Cependant, un détour par l'histoire permet aussi de mieux comprendre les évolutions et les mutations de la santé, et surtout celles des professionnels associés et du rôle des patients. C'est l'objet des chapitres suivants.

Dans la majorité des cas, les situations présentées et les contextes sont ceux du contexte national. Cependant, dans certains cas, nous serons amenés à nous inspirer d'autres modèles quand ceux-ci font défaut ou sont incomplets dans le contexte français.

⁹² Orlikowski Wanda J. (1992) "The duality of technology: rethinking the concept of technology in organizations" *Organization Science*, Vol. 3, n° 3

1. La santé

1.1 Mais de quelle santé parlez-vous ?

« Il y a une pathologie biologique, mais il n'y a pas de pathologie physique ou chimique ou mécanique... C'est au-delà du corps qu'il faut regarder pour apprécier ce qui est normal ou pathologique pour ce corps même. » Canguilhem G. (1943) « Le normal et le pathologique », Paris, PUF, p.78 et 133 (édition 2005).

« Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence, et de créer entre les choses des liens qui ne leur viendraient pas sans moi. » Canguilhem G. (2002) « Écrit sur la médecine », Éditions du Seuil.

Comme pour la communication, décrire l'ensemble du paysage et des approches relatives à la notion de santé dépasse largement le cadre du présent travail. Les débats autour de cette notion sont loin d'être éteints, les écrits et les postures nombreux. Nous souhaitons néanmoins apporter un éclairage, certes imparfait, sur la complexité de ce domaine et des notions ou des facteurs qui influent potentiellement sur la communication ou la non-communication en santé.

La santé, définie par le HCSP (1994⁹³) comme étant une ressource individuelle et collective, peut s'appréhender de façon positive (vision perceptive, de bien-être et d'adaptation à l'environnement physique et social⁹⁴) ou négative (mal-être, maladie, morbidité⁹⁵, douleur, déficience...). Elle est par nature polysémique (Contandriopoulos, 2006⁹⁶), ses limites variant selon les lieux, les époques ou les approches, médicales, sociales, historiques et philosophiques...

Le CNRTL⁹⁷ définit la santé comme étant l'« *État physiologique normal⁹⁸ de l'organisme d'un être vivant, en particulier d'un être humain qui fonctionne harmonieusement, régulièrement, dont aucune fonction vitale n'est atteinte, indépendamment d'anomalies ou d'infirmities dont le sujet peut être affecté.* »

Pour l'OMS⁹⁹, la santé est : « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmity.* » Dans nombre de

⁹³ HCSP (1994) « La santé en France, Rapport général », Haut Comité de la santé publique. Cette opposition entre positif et négative se retrouve plus généralement dans les Sciences de la vie et de la terre, voire en sciences politiques (État régulateur). Voir par exemple Rumelhard Guy (1995) « La fonction négative dans les sciences de la vie et de la terre », ASTER n° 21, Enseignement de la géologie, INRP.

⁹⁴ Voir p. ex. Goldberg Marcel (1982) « Cet obscur objet de l'épidémiologie », in Sciences sociales et santé. Vol. 1, n° 1, pp. 55-110.

⁹⁵ Le concept de morbidité a été inventé par Chadwick en 1842

⁹⁶ Contandriopoulos André-Pierre (2006) « Éléments pour une "topographie" du concept de santé », in Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, Vol. 11, n° 1, 2006, p. 86-99

⁹⁷ CNRTL : définition de la santé, [Site Internet](#)

⁹⁸ La notion de « normalité » (au sens) de la biologie par exemple est remise en cause par de nombreux auteurs. Pour Claude Bernard « L'emploi des moyennes en physiologie et en médecine ne donne le plus souvent qu'une fausse précision aux résultats en détruisant le caractère biologique des phénomènes... Si l'on recueille l'urine d'un homme pendant vingt-quatre heures et qu'on mélange toutes les urines pour avoir l'analyse de l'urine moyenne, on a précisément l'analyse d'une urine qui n'existe pas ; car à jeun l'urine diffère de celle de la digestion, et ces différences disparaissent dans le mélange. Le sublime du genre a été imaginé par un physiologiste qui, ayant pris de l'urine dans un urinoir de la gare de chemin de fer où passaient des gens de toutes les nations, crut pouvoir donner ainsi l'analyse de l'urine moyenne européenne ! » Bernard C. (1865) « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale » Classiques des sciences sociales, p. 146 ([version électronique](#)). Canguilhem Georges (2005) « Le normal et le pathologique », Paris, PUF, p.96 et suiv. (édition 2005)

⁹⁹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin – 22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100.) Il est entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

publications, articles, débats... font généralement référence à cette définition, même si elle a évolué depuis.

Il est possible de voir que, dans ce contexte, les maladies dites modernes se surajoutant aux pathologies, dont les maladies infectieuses ou non « classiques », ou à la malnutrition ou à la dénutrition constituent un problème de santé publique au plan mondial. De plus, des antagonismes criants existent entre les populations ayant peu ou pas les moyens de subsister et de s'offrir cet état de bien-être, qui reste à définir, et celles qui, ayant accès « à un mode de vie occidentalisé », souvent urbain, développent des pathologies chroniques auxquelles sont associées des comorbidités. C'est le cas, par exemple, de l'obésité (OMS, 2015¹⁰⁰) et de son association avec un certain nombre d'affections ou de morbidités (on parle alors de comorbidité, dont l'association avec le diabète de type 2, mais aussi les maladies cardio-vasculaires [hypertension, AVC, insuffisance cardiaque congestive et coronaropathies], insuffisance rénale induite¹⁰¹) qui est en passe de devenir une pandémie, avec des conséquences économiques et financières particulièrement importantes, sans parler des conséquences sociales associées. Les maladies cardio-vasculaires constituent les premiers facteurs de mortalité au plan mondial. Mais ce ne sont pas les seuls.

Les politiques de santé, entre autres, nationales ou internationales tentent d'influer sur les principaux déterminants de la santé. Les deux modèles de référence les plus souvent cités sont ceux de Lalonde, alors ministre de la Santé du Canada publié en 1974¹⁰², ou celui qu'Evans a proposé en 1983¹⁰³ et remanié en 1990¹⁰⁴. Dahlgren et Whitehead¹⁰⁵ schématisaient ces déterminants ainsi en 1991 :

¹⁰⁰ OMS (2015) « [Obésité et surpoids](#) », OMS, Aide-mémoire n° 311, janvier 2015

¹⁰¹ Agence de la santé publique au Canada (2011) « [Obésité au Canada, conséquences sur la santé et l'économie](#) », Rapport conjoint de l'agence de la santé publique du Canada et de l'institut canadien d'information sur la santé, p. 30

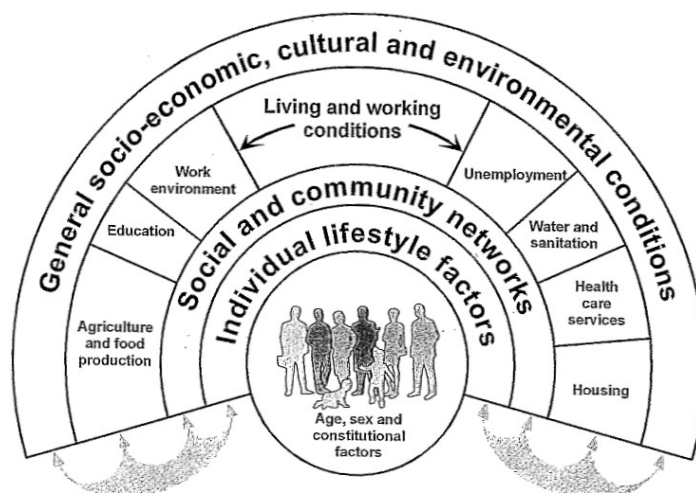
¹⁰² Canada (1974) "A New Perspective on the Health of Canadians (Lalonde Report)" Department of National Health and Welfare, Ottawa. Lalonde se propose de définir ce qu'il appelle le champ de la santé, correspondant plus ou moins aux déterminants de la santé repris par d'autres auteurs. Quatre « composants » ou facteurs interdépendants influent la santé d'une personne : un facteur « biologique » représentant tous les aspects de la santé, physique et mentale, prenant place dans le corps humain et influencé par le patrimoine génétique. Un facteur environnemental regroupant toutes les questions liées à la santé externe au corps humain, sur lequel l'individu a peu ou pas de contrôle, y compris l'environnement physique et social. Le style de vie, c'est-à-dire l'ensemble des décisions personnelles (c.-à-d. sur lesquelles l'individu a le contrôle) qui peuvent contribuer ou être la cause de la maladie ou de la mort. L'organisation du système de santé, comprenant la pratique médicale et infirmière, les hôpitaux... les médicaments disponibles, les services de santé publique, les services paramédicaux, de soins dentaires et autres services de santé, etc. le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié un cadre conceptuel rénové en 2010. Québec, Santé et Services sociaux (2010) « Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultats d'une réflexion commune », Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mars 2010, Fig. 1, p. 17

¹⁰³ Evans Robert G. "Incomplete vertical integration in the Health Care industry: Pseudo-market and Pseudo-policies" *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol. 468, Health Care Policy in America, pp. 60–87

¹⁰⁴ Evans Robert G, Stoddard Gregory L (1990) "Producing health, consuming healthcare." *Social science & medicine*, Vol. 31, n° 12, pp. 1347–1363.

¹⁰⁵ Dahlgren, Gbran, Whitehead Margaret (1991) "[Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health](#)" Stockholm : Institute for Future Studies

Figure 1 : Les principaux déterminants de santé



Source : Dahlgren & Whitehead (1991)

Jusqu'à présent, le milieu naturel était considéré comme un environnement uniquement physique. Le développement des approches écologiques de la santé et l'émergence du développement durable allaient modifier ces modèles en prenant en compte l'écologie (interaction entre l'homme et le milieu naturel, dont les transformations effectuées sur ce milieu) pour proposer des « modèles écologiques de la santé¹⁰⁶ ». Dans la majorité des cas, il est mis en évidence des boucles de rétroaction multiples, dans lesquelles l'information et la communication, ou leur absence ont une influence certaine.

La définition de l'OMS avait l'avantage de rappeler que l'être humain ne se définissait pas uniquement à un corps physique. Elle établissait l'importance de trois dimensions complémentaires : biologique (le corps), psychologique (l'esprit) et sociale (le milieu), en dépassant l'aspect purement somatique auquel se limite trop souvent l'horizon médical. Elle fit (et fait encore) l'objet de critiques (Monin, 2004¹⁰⁷, Jodelet, 2006¹⁰⁸, Monin, 2006¹⁰⁹) à la fois pour la « limitation » à ces trois dimensions, par l'absence de la prise en compte des facteurs culturels ou environnementaux et par l'amalgame entretenu entre santé et maladie (le bien-être et le mal-être, la maladie ou l'absence de maladie) voire la subjectivité de l'état de bien ou mal-être.

Depuis l'Antiquité, médecine et philosophie entretiennent des rapports complexes aussi bien à propos de la santé (est-elle quelque chose de plus que l'absence de maladies ? Quelles sont ses limites ?), de la maladie (est-ce qu'il n'y a que des individus malades ou la maladie existe-t-elle ?), qu'à propos de la médecine (est-ce un art ou est-ce une science ?). Les mêmes questions se posent à propos de la notion de qualité de vie.

Giroux¹¹⁰ s'interroge ainsi sur les apports de la philosophie moderne de la médecine : « *La définition générale de la santé et de la maladie revêt des enjeux pratiques, sociaux, économiques*

¹⁰⁶ Coutts Christopher, Forbink Annet, Weiner Jocelyn (2013) "The Portrayal of Natural Environment in the Evolution of the Ecological Public Health Paradigm" *International journal of environmental research and Public Health*, Vol. 11, issue 1

¹⁰⁷ Morin Michel (2004) « Parcours de santé », Armand Colin, Paris. Plusieurs lectures de l'ouvrage de M. Morin sont possibles. Il s'interroge sur ce qu'est être ou ne pas être en bonne santé. Les approches Bio-Psycho-Sociales tendent à supplanter (lentement) le « simple recours » aux normes biomédicales. Il revient aussi sur la notion de risque (sanitaire) et l'« illusion d'invulnérabilité » qui a tendance à contrecarrer les campagnes de préventions.

¹⁰⁸ Voir par exemple Jodelet Denise (2006) « [Culture et pratiques de santé](#) », *Nouvelle revue de psychosociologie* 1/2006 (n° 1), pp. 219-239, en lien avec la prise en compte des dimensions culturelles en souhaitant, entre autres, un rapprochement entre psychologie et sciences humaines et sociales.

¹⁰⁹ Morin Michel (2006), « Nouvelles définitions de la santé : un regard psychosocial », *Spirale* 1/2006, n° 37, pp. 29-41

¹¹⁰ Giroux Élodie (2010) « Après Canguilhem, définir la santé et la maladie », PUF Collection « Philosophie ». La philosophie « moderne » de la médecine s'est développée au début des années 1970 sous la houlette de nombreux auteurs, dont Canguilhem.

et politiques considérables : notamment, la décision sur l'irresponsabilité dans le domaine judiciaire, mais aussi le remboursement des traitements et les orientations de recherches biomédicales. Or elle soulève d'importantes difficultés. Le concept de maladie désigne-t-il avant tout un état indésirable vécu par un sujet ? Peut-on établir un concept neutre qui légitime un usage scientifique ainsi que son extension aux animaux et aux plantes ? La santé est-elle un concept positif comme l'affirme la définition de l'OMS ? Et si c'est le cas, quelles en sont les limites et comment la distinguer du bonheur ? ».

Broutelle et Le Morvan¹¹¹ complètent ces interrogations. Vues sous l'angle des sciences sociales, la santé et la maladie reposent sur des fondements sociaux, les représentations sociales. Ces représentations, ainsi que l'importance qui leur est accordée dans l'espace public et social, résultent de la combinaison de nombreuses influences. Si l'emprise du corps médical et de ses pratiques sur la construction des maladies est sans doute la plus évidente, elle s'exerce en fait au travers de divers mécanismes. Si les patients tendent à avoir un rôle de plus en plus important dans la définition et la visibilité de leurs maladies, quelles sont la portée et les conditions de réalisation de cette perspective « d'autonomisation » (Adrian, 2012¹¹²), de capacité du patient à participer activement à sa prise en charge ?

Il existe un certain paradoxe entre cette volonté d'autonomisation (« d'empowerment ») revendiquée à maintes reprises par les associations de patients, mise en avant par les différentes politiques de santé et le souhait et la volonté d'utiliser de façon la plus efficiente possible le potentiel des TIC, y compris dans les communications. Cette volonté réduit, sur certains aspects, ce même patient autonome et responsable à un artefact technique, son dossier numérique et les éléments informatisés qu'il contient, données ou informations, que l'on s'échange ou que l'on se partage habituellement dans l'« entre-soi ». Ils font évoluer le « colloque singulier », celui-là même qui scelle la relation toute particulière entre le médecin et le patient, vers un « colloque collectif ou pluriel », que ce soit dans le cas du « patient internaute », qui n'accepte plus une représentation pré-construite de son rôle, de sa maladie et le suivi d'un protocole sans le comprendre, comme dans celui du partage des informations du (d'un) patient entre professionnels. Ou de la participation de son entourage aux soins. Posant là le problème de l'accès à l'information et de la communication (accès, mise à disposition).

Santé ou maladie, Canguilhem a souhaité clarifier ces concepts dans son ouvrage « *Le normal et le pathologique* » (1943, 1963-1966). Pourtant une « certaine opposition » s'est fait jour dans les années 1970, surtout dans le monde anglo-saxon, entre les « naturalistes » (théorie biostatistique et analytique de Christopher Boorse [De Almeida-Filho, 2006¹¹³]), les promoteurs du modèle SID (Sickness, Illness, Disease¹¹⁴) ou les « constructivistes » ou « normativistes » (Giroux, 2010¹¹⁵) (Lennart Nordenfelt¹¹⁶, approche holistique). Chez les (normativistes) modérés, « les jugements sur la santé et la maladie ne reposent pas seulement et entièrement sur des jugements de valeur (version forte du normativisme), mais intègrent aussi

¹¹¹ Broutelle Anne-Cécile, Le Morvan François (2009) « [La construction sociale des maladies](#) », *Regards croisés sur l'économie*, n° 5, p. 61-64

¹¹² Au sens « d'autonomie, faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement » (CNRTL). Voir aussi Staii Adrian (2012) « La fabrique sociale : autonomisation et légitimation dans le domaine de l'information de santé », *Netcom*, n° 26 – 1/2.

¹¹³ De Almeida-Filho (2006) « Modèles de la santé et de la maladie : remarques préliminaires pour une théorie générale de la santé », In : *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Vol. 11, n° 1, p. 124 et suiv.

¹¹⁴ Sickness : Maladie, au sens subjectif et social. Illness : Maladie ressentie, sens subjectif, existentiel et clinique. Disease : Maladie diagnostiquée, pathologie, état pathologique ou le pathologique.

¹¹⁵ Écart entre le réel et la norme. « Pour les “ normativistes ” (stricto sensu), les concepts de santé et de maladie sont intrinsèquement normatifs, car ils dépendent des valeurs sociales et des intérêts humains et la maladie est un état indésirable. Pour les « naturalistes », même si ces concepts sont souvent associés à des valeurs au niveau clinique, il y a un niveau fondamental de description auquel décider du statut pathologique d'un organe comme le cœur par exemple peut relever d'un jugement scientifique et empirique qui soit indépendant des valeurs ». Giroux (2010). *Op. cit.*

¹¹⁶ De Almeida-Filho (2006). *Op. cit.* p. 126 et suiv.

des jugements descriptifs. » La vision « tranchée » entre *naturalisme* et *normativisme* ne doit pas masquer le fait que l'on peut classer ces définitions dans l'un ou l'autre des courants, selon le sens qu'on leur donne.

D'autres auteurs tentent de concilier les approches naturalistes et normativistes. Après avoir été en vogue entre 1880 et 1940, le Darwinisme médical réapparaît sous une autre approche, la médecine darwinienne au début des années 1990, sous l'impulsion de Williams (biologiste évolutionniste américain) et de Nesse (psychiatre et biologiste). Leurs objectifs ne sont pas seulement de comprendre comment l'on tombe malade, mais aussi de comprendre pourquoi, en appliquant les théories évolutionnistes. Nesse (Giroud et Lemoine, 2012¹¹⁷) prétend dépasser le débat entre naturalisme et normativisme : dans la maladie, il y a bien un jugement de valeur (quelque chose, dans l'organisme, ne fonctionne pas), mais ce jugement a une dimension objective, « *car nos préférences pour la santé et la vie ont elles-mêmes été façonnées par la sélection naturelle* ». Jérôme Wakefield (en psychiatrie [Wakefield, 1992¹¹⁸]), toujours en lien avec les théories évolutionnistes appliquées à la psychiatrie, critique l'approche sociale constructiviste des maladies mentales et du modèle DSM (Ababei *et al.* 2008¹¹⁹). Sa « *dysfonction préjudiciable (Ibid.)* » (*harmful dysfunction*) est une notion hybride qui tient compte aussi bien d'une composante socioculturelle que d'une composante scientifique pour définir le trouble mental pathologique. « *Harmful* » intègre les notions de souffrance ou de handicap (*distress or disability*) et renvoie à une condition jugée « négative » par rapport à des standards socioculturels (normativisme). « *Dysfunction* » renvoie au système biologique (naturalistes). Ce serait alors une défaillance d'un mécanisme interne qui ne serait pas ou ne serait plus suffisamment performant pour assurer sa fonction naturelle. Cette approche a débordé le contexte de la santé mentale.

D'autres enfin discutent le fait que la santé soit un but ou un objectif auquel l'on ne peut accéder qu'une fois pour toutes au cours de sa vie, ou que la santé constitue un bien commun¹²⁰.

La notion de « santé » ou de bonne santé diffère donc selon les approches, les acteurs, la culture, voire l'âge (ou la « condition sociale »), selon que l'on est :

- une personne (un individu), indépendamment de son « état de santé » ;
- un professionnel de santé (a fortiori un médecin, indépendamment de sa spécialité ou de son mode d'exercice) ;
- ou un acteur politique s'intéressant tant à l'accès aux soins (équité) qu'à leur financement (quel qu'en soit le mode choisi, de la gratuité quasi totale aux systèmes d'assurances privées)... et à l'efficience et la soutenabilité¹²¹ du système de santé...

¹¹⁷ Giroud Élodie et Lemoine Maël (2012) « Textes clés de philosophie de la médecine. Vol. II : Santé, maladie, pathologie », Vrin, Paris

¹¹⁸ Wakefield, Jerome (1992) "The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social value", *American Psychologist*, Vol. 47(3), Mar 1992, p. 373-388. Wakefield, Jerome (1992) "Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R definition of mental disorder", *Psychological Review*, Vol. 99(2), Apr 1992, pp. 232-247. Wakefield Jérôme (2006) « [Faits et valeur dans le concept de trouble mental : le trouble en tant que dysfonction préjudiciable](#) », *Philosophie et psychopathologie*, Vol. 33, n° 1, printemps 2006, p. 37-63, traduite par Cloutier Sébastien

¹¹⁹ « ... Les théories évolutionnistes expliquent la causalité des phénomènes biologiques par deux approches : la causalité finale (*ultimate causation*) et la causalité proximale (*proximate causation*). La causalité finale implique la contribution d'un trait (ou système) aux aptitudes reproductives d'un organisme tandis que la causalité proximale représente la somme de tous les processus biologiques (biochimique, physiologique, etc.) qui provoquent directement le phénomène (Abed 2000)... » In Ababei Cristina, Dadi Ghita, Trémine Thierry (2008) « [Le concept de dysfonction préjudiciable \(harmful dysfunction\) de J. C. Wakefield, dans World Psychiatry](#) ». *L'Information Psychiatrique*, n° 84-5, p. 461-466

¹²⁰ P. ex. Massé Raymond et Saint-Amand Jocelyne (2003) « Éthique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité », *Collection Sociétés, cultures et santé*

¹²¹ Soutenabilité vient de l'anglais *sustainability*. Ses racines latines, du latin *sustinere*, évoquent l'idée de soutenir, d'empêcher de tomber, de porter, de supporter. En économie notamment, ce terme désigne ce qui paraît raisonnablement contrôlable et le mode d'organisation à mettre en place en vue d'assurer la pérennité de la société humaine. La partie du rapport Stiglitz - Sen - Fitoussi (Stiglitz Joseph E., Sen Amartya, Fitoussi Jean-Paul [2009] « [Rapport de la Commission sur la mesure des performances](#)

La vision idéaliste de la définition de 1948 fut néanmoins confirmée lors de la conférence de l'OMS en 1976¹²². La santé et la vision de l'OMS s'inscrivent dans une autre, plus vaste, de Systèmes de santé que l'OMS¹²³ définit et décrit ainsi : « *Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé* ».

En 1978, la conférence d'Alma-Ata¹²⁴ pour les soins de santé primaires avait comme objectifs la promotion des soins de santé primaires et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable, pour tous les peuples du monde. La définition de la santé est alors redéfinie et complétée comme suit :

« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ; ce n'est pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité.*

La santé est un droit fondamental de l'être humain. L'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé ».

Cette définition a dès lors été appliquée à et par l'OMS. Si la santé est reconnue comme un droit, la définition passe sous silence « les devoirs » permettant, par défaut, de rester en « bonne santé », mais aussi de ne pas l'altérer. C'est ce que le monde occidental qualifie incomplètement de « facteur de risque ou de conduite à risque ».

En 1981¹²⁵, l'Assemblée mondiale de la santé réunie par l'OMS adopte à l'unanimité la « *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000* ». Ce rapport présente une (nouvelle) définition de la « Santé », perçue « *comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques.* » Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie saine pour viser le bien-être. La promotion de la santé est alors considérée comme une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel. Le slogan « *La Santé pour tous* » est devenu le mot d'ordre de l'OMS. Cette stratégie a servi de base à la Charte d'Ottawa.

En 1986, la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, dite Conférence d'Ottawa (« *Vers une nouvelle santé publique* »¹²⁶), a donné lieu à la publication de la Charte éponyme intéressant la santé publique dans le monde. Elle met en avant la nécessité d'approches socio-écologiques des politiques de santé. La charte définit les conditions indispensables à la santé : « *La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir vivre en paix, se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.* »

[économiques et du progrès social](#) », ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi) est consacrée à la mesure de la soutenabilité. Elle met en relief la distinction entre la mesure de la soutenabilité et celle du bien-être courant : « ... Avec la soutenabilité, il s'agit de savoir si nous léguons aux générations suivantes suffisamment de ressources pour leur assurer un niveau de bien-être au moins équivalent au nôtre. Cette question a elle-même plusieurs dimensions : la commission a notamment proposé de distinguer la soutenabilité économique, qui reste appréhendable à l'aide d'indicateurs monétaires, et la soutenabilité environnementale, qui est mieux traitée par une batterie d'indicateurs physiques. » Cette notion est souvent utilisée dans le domaine du développement durable.

¹²² Magny Jean-Claude, Harvey Gilles, Levesque Yves, Kieffer Daniel, Taillefer Anne, Fournier Denis (2008) « Pour une approche intégrée de la santé : vers un nouveau paradigme », Presses de l'Université de Québec, Collection Santé et société, p. 4.

¹²³ URL : <http://www.who.int/healthsystems/about/fr/>. Voir aussi URL : http://www.who.int/topics/health_systems/fr/index.html.

¹²⁴ 1978 – Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires (Alma-Ata) Déclaration d'Alma-Ata, OMS ([IS@DD](#) 03/02/2012).

¹²⁵ 1981 « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 », OMS ([IS@DD](#), 07/02/2012).

¹²⁶ 1986, Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé (Ottawa), « Vers une nouvelle santé publique » ([IS@DD](#), 28/02/2012).

Le concept de santé ne peut donc plus évoluer indépendamment de celui de santé publique « *divers facteurs, politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques, peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte* ». Dans cette charte, 5 domaines d'actions pour la promotion de la santé sont identifiés :

- construire une politique publique saine, c'est-à-dire qui favorise une bonne santé ;
- créer des environnements favorables, entre autres par l'évaluation des effets positifs des technologies ;
- renforcer les actions communautaires (participation aux décisions des politiques, locales et nationales) ;
- développer des compétences personnelles par l'information et l'éducation ;
- réorienter les services de soins de santé vers la prévention des maladies et la promotion de la santé.

Différents programmes (Villes-santé, Villages-santé par ex.) et projets font suite à l'adoption de la charte. Leur objet était de traduire les concepts et stratégies de promotion de la santé en mesures concrètes.

Le 19 juin 1996, les états européens membres de l'OMS adoptent la Charte dite « *Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé*¹²⁷ ». Elle définit un ensemble de principes s'intégrant aux systèmes de santé existants ou permettant d'améliorer les soins de santé dans tous les États membres. L'individu devient un acteur essentiel, tant pour la prise en compte de ses demandes et besoins (processus démocratique) que pour sa responsabilisation vis-à-vis de sa santé. Les soins primaires ont une place fondamentale. « *La réforme (Ndr. des systèmes de santé) doit faciliter la prise conjointe de décisions par le patient et le prestataire et renforcer le caractère global et continu des soins compte tenu des particularités de chaque environnement culturel* ». En toile de fond, bien qu'elles ne soient pas mentionnées explicitement, la collecte, l'agrégation et la diffusion ou la communication d'informations à tous les niveaux sont indispensables pour mener à bien ces réformes. Les systèmes de santé sont, pour l'OMS, au cœur de la santé et de la prospérité.

Pour l'Europe, la Conférence ministérielle européenne de Tallinn en 2008, « *Systèmes de santé : santé et prospérité* » entérine l'engagement des pays européens à la mise en œuvre des principes définis par l'OMS. En amont de cette Conférence et pour préparer la Charte, plusieurs études ont été menées sur le lien entre santé et richesse de la population. Selon l'OMS, leurs conclusions tendent à démontrer la nécessité d'une attention politique sérieuse concernant la performance des systèmes de santé. Elles ont donné lieu à l'élaboration d'une charte dite Charte de Tallinn¹²⁸ qui réaffirme et adopte les valeurs inscrites dans les chartes et déclarations antérieures (Ottawa - 1986, Jakarta - 1997, Bangkok - 2005, Conférence de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé, 1996, Déclaration de Mexico sur la recherche en santé, 2004, etc.).

Lors de la Déclaration finale, l'accent est mis sur la nécessaire transversalité de l'approche de la santé, en reprenant les déclarations du Dr Marc Danzon, directeur régional du Bureau Européen de l'OMS et de la ministre estonienne des Affaires sociales, Mme Maret Maripuu :

« ... le Dr Marc Danzon a souligné le fait que la performance comprend la capacité du ministère de la Santé à convaincre d'autres ministères tels que ceux des transports, de l'environnement, ou de l'éducation de suivre les politiques qui améliorent la santé de la population. Ses

¹²⁷ OMS (1996) « *La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé* », [OMS](#), Documents politiques

¹²⁸ Organisée du 25 au 27 juin 2008 par l'OMS à Tallinn en Estonie, la [Conférence ministérielle européenne](#) « *Systèmes de santé : santé et prospérité* » sous les auspices du gouvernement de la République d'Estonie, a réuni 500 décisionnaires du secteur sanitaire des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS, y compris des ministres de la Santé et des Finances. Des délégations de haut rang, des partenaires dans le domaine des systèmes de santé, des experts, des observateurs et des représentants d'organismes internationaux et de la société civile, ainsi que les médias étaient invités. (Source : www.fhf.fr)

commentaires ont été appuyés par le ministre estonien des Affaires sociales, Maret Maripuu, qui a fait remarquer qu'un système de santé efficace consiste dans la prévention, les soins et la guérison et que la performance de chacun de ces trois éléments doit être mesurée. »

En 1997, la 4e conférence internationale pour la promotion de la santé se tient à Jakarta¹²⁹. La Charte d'Ottawa a été à la base de la « *Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIe Siècle* ». Cette déclaration comporte un élément moteur : les valeurs fondamentales (dignité humaine, l'équité, la solidarité et l'éthique professionnelle). L'individu en est l'acteur essentiel. La qualité est le pôle de convergence des politiques de santé qui doivent assurer un financement viable. Les moyens de communication traditionnels et les nouvelles technologies contribuent à renforcer les moyens d'action des communautés et des individus.

En 2008, la Commission de l'OMS¹³⁰ définit un ensemble de recommandations relatif aux déterminants sociaux de la santé. En 2009, la 62e Assemblée mondiale de la santé, par sa résolution [WHA62-14](#), entend mettre en œuvre les principes définis par la commission de l'OMS de 2008. En 2011, la conférence de Rio¹³¹ sur les déterminants sociaux de la santé donne lieu à une nouvelle déclaration.

En synthèse, selon l'OMS la santé est donc un « *état de complet bien-être physique, mental et social. C'est une ressource de la vie quotidienne et un droit fondamental de l'être humain. C'est aussi un objectif social qui intéresse et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé. L'objectif du système de santé est d'améliorer la santé.* » En filigrane, en lien avec les travaux du SIMSI, les technologies de l'information et de la communication doivent fortement contribuer à l'amélioration de la santé (accès et échanges d'informations, cyber-santé...), mais aussi à l'évaluation de cette amélioration.

En raison de la complexité de la notion de santé, nous nous limiterons, dans notre contexte de communication, aux « échanges » concernant une personne (ou d'un groupe de personnes comme une famille) ou à ceux rendus nécessaires par son état de santé, à un moment donné, dans le cadre ou non d'un parcours. Nous reviendrons plus loin sur la notion de parcours qui revêt elle-même plusieurs acceptions.

1.2 Un contexte évolutif, y compris dans les rôles

L'allongement de la durée de vie et le développement des maladies chroniques, pathologies « modernes » et comorbidités, il y a 15 millions de malades chroniques en France¹³², pas forcément liées à l'âge, ont plusieurs conséquences. Selon les études de l'OMS, plus de 2 milliards de personnes auront plus de 60 ans en 2050. Selon Patterson (2010¹³³), le nombre de patients âgés de plus de 75 ans en Grande-Bretagne doublera en 2031, passant de 4,7 à 8,2 millions de personnes, les patients âgés de plus de 85 ans ayant 14 fois plus de chances d'être admis à l'hôpital qu'avant cet âge. Selon cet auteur, des mesures doivent donc être prises pour éviter ces hospitalisations. D'autre part, l'augmentation prévisible des maladies dites chroniques, qui ne sont pas forcément liées à l'âge, mais aussi aux habitudes de vie (sédentarité, obésité), ne doit pas entraîner un recours systématique à l'hôpital pour obtenir un avis spécialisé. Pour ce faire, le décloisonnement de l'hôpital est nécessaire pour faire en sorte que ces spécialistes soient aussi accessibles en ville... et que ces acteurs communiquent entre eux.

¹²⁹ OMS (1997) « [Quatrième Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé \(Jakarta\)](#) », Déclaration de Jakarta ([IS@DD](#), 20/03/2012)

¹³⁰ Marmot Michael et al. (2009) « *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* », OMS, Commission des déterminants sociaux de la santé, rapport final.

¹³¹ 2011, Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, OMS ([IS@DD](#), 09/03/2012)

¹³² DGOS (2015) « *Rapport d'activité 2014-2015* », ministère de la Santé, p. 26

¹³³ Patterson, Linda J. (2010) "Care closer to home—a changing role for physicians" *Clinical medicine*, Vol. 10, n° 1 : 4–5

Toujours dans la même revue, Almond (2010¹³⁴) considère que le rôle central du médecin généraliste en Grande-Bretagne expliquerait le coût moins élevé de la santé dans ce pays par rapport à la plupart des autres pays dits développés. Ces deux articles rappellent l'importance du choix d'un mode de rémunération adapté par les praticiens concernés ainsi que celle de la transmission « fluide » des informations, notamment en ayant recours à un « dossier électronique ».

C'est aussi ce qu'il ressort des différents entretiens que nous avons menés auprès des syndicats représentatifs des personnels non médicaux et des syndicats représentatifs des médecins (praticiens hospitaliers et libéraux) en France en 2013 et 2014¹³⁵. Différents éléments issus de ces entretiens menés sur deux ans nous ont permis aussi bien d'affiner notre thème de recherche que de l'alimenter.

1.3 S'inscrivant dans un paysage complexe

« Tout ministre de la santé (ou plutôt des Affaires sociales) a son plan de maîtrise des dépenses qui consiste uniformément à augmenter les recettes (cotisations) et à diminuer les remboursements. », Grémy François (2001) « Pourquoi des réseaux et filières de soins ? », École d'été, Corte, juillet 2001

De nouvelles organisations de santé

En France, en relation avec les grandes orientations définies par les ministres précédents, mais aussi dans leur continuité, la ministre de la Santé souhaite révolutionner les soins de premier recours. Dans ses grandes orientations de la stratégie nationale de santé (SNS) en 2013, elle précise :

« ... L'organisation des soins doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours dans lesquels la personne est un acteur de sa santé et de sa prise en charge intégrant les logiques d'éducation thérapeutique, de dépistage, de promotion de la santé, de modification des modes de vie... Il convient de développer les systèmes d'information de santé, de faciliter et organiser l'accès aux données de santé dans le but de réduire les fractures territoriales, réorganiser la permanence des soins, développer les prises en charge pluridisciplinaires, optimiser la mobilisation des compétences rares, améliorer la qualité des pratiques et renforcer les collaborations entre les champs du sanitaire et du médico-social... »

Si nos interlocuteurs font depuis longtemps le même constat, les réflexions, les propositions, le positionnement et les outils à mettre en œuvre dépendent fortement du positionnement de chacun d'entre eux et de leurs sensibilités respectives, indépendamment de leur mode d'exercice.

Différents dispositifs comme les « Nouveaux modes de rémunération » (NMR) ont été expérimentés en France. Les avis restent partagés, voire divergents, comme pour ce qui concerne aussi bien l'évolution des rôles et des responsabilités (y compris en matière de fourniture ou d'accès à l'information) que celle de la rémunération (le partage du forfait dans le cadre des NMR). La solution politique partielle trouvée à ces divergences est liée à la mise en œuvre du tiers payant généralisé, le recours aux TIC devant le rendre simple et efficace.

Associé à un système complet de « gatekeeper » et de centralisation des données informatisées, cela permettrait de répondre pour partie aux objectifs de la SNS et de mettre en œuvre le modèle de soins « centré sur le patient », plus ou moins intégré.

¹³⁴ Almond, Solomon (2010) "The interface between general and specialty medicine" *Clinical medicine*, Vol. 10, n° 1 : 6-7

¹³⁵ Véret Michel, Bernard Claude (2013) « Santé et dialogue social : Les personnels non médicaux », Presses de l'EHESP. Pour ce qui concerne les syndicats de médecins, tant publics que libéraux, l'ouvrage prévu fin 2014 n'a pas été publié.

L'adoption par tous d'un dossier numérique centralisé doit contribuer à l'amélioration de la santé des populations (mise à disposition à toutes les personnes habilitées des données nécessaires à leur activité) et être un facteur d'économies. Concernant les hôpitaux publics, le souhait affiché est de mettre en place un SIH unique et interopérable, tant à l'échelle locale que régionale et nationale, un système d'information de santé national uniformisé, entraînant, dès son annonce, des « réticences » de la part de nombreux acteurs, industriels, DSI, mais aussi professionnels de santé.

Pour autant, le travail reste considérable. Comme le soulignait le DSI d'un grand hôpital nord-parisien, à propos de la mise en place d'un SIH convergent entre les trois hôpitaux du secteur, les objets à traiter sont très dépendants des systèmes informatiques locaux. Ainsi, pour les trois établissements concernés, de taille similaire (800 lits), la palette d'applications va de 94 dans un établissement à 208 dans l'autre, le nombre d'applications communes étant de 24, par chance constituant le tronc commun du SIH. En revanche, en fonction des projets, à périmètre similaire, les coûts varient du simple au double (médico-technique), voire varient d'un facteur de 1 à 64 (gestion des urgences, de 1 500 € à 94 000 € entre deux établissements).

Si dans les systèmes de soins les dossiers constituent un élément important, support d'un ensemble d'activités, de quels dossiers parle-t-on ?

Plusieurs modèles d'implémentation des dossiers électroniques

Par rapport au « dossier électronique » ou « au système d'information de santé » (cf. ci-dessus), les TIC ne sont pas forcément gage de fluidité comme l'expérience le montre en France ou ailleurs. À la fois en raison de l'éclatement des offres, tant dans les secteurs sanitaire, médico-social et social que des solutions logicielles, mais aussi en raison des contraintes exercées par les pouvoirs publics sur les règles de gestion et la forme des échanges qui, même si elles tentent d'apporter des solutions, reposent sur des paradigmes « anciens » (lien aux contextes d'expérimentation), en tentant de préserver différents standards, internationaux ET nationaux, faisant souvent fi des progrès réalisés dans d'autres domaines. Les modèles actuellement proposés reposent sur deux approches différentes, qui ne doivent pas masquer d'autres approches « intermédiaires », chacun désirant conserver SA solution, les autres devant s'adapter :

- Un modèle de dossier national centralisé dans lequel chaque personne concernée et intéressée, le patient et les professionnels de santé habilités par le patient, déposent des documents. C'est le modèle du DMP en France. Dans la plupart des cas, ce sont des *fac-similés* numériques de documents papier ou de résultats d'examens complémentaires (images, données biologiques et biochimiques), ordonnés par rubriques. La mise en œuvre de HL7-CDA doit faciliter à la fois le classement, mais aussi la recherche d'un ou d'une série de documents dans ce dossier. Le VSM (voir p. 20) devrait en donner la synthèse.
- Un modèle « décentralisé », réparti ou non. Un répertoire des entrées contient les métadonnées des documents mis à disposition par les organisations participant au système pour un patient. On peut le comparer à un « catalogue d'entrées » contenant une description du document disponible (métadonnées) et de son adresse de stockage. Par l'intermédiaire d'un profil d'accès spécialisé (IHE-XDS, IHE-PCC, IHE-XS-LAB), une requête sur le « repository » (registre d'index) permet de connaître le ou les documents disponibles et leur nature. Une seconde requête permet leur obtention auprès de sa source (sous réserve des droits associés). Cette source, un établissement de santé par exemple, correspond à un espace dédié contenant, pour une personne donnée, le ou les documents que la source met à disposition. Cet espace peut être réparti ou centralisé. C'est l'exemple du modèle

mis en place dans la région Rhône-Alpes (Dossier patient partagé réparti – DPPR, couplé à la messagerie sécurisée ZEPRA, reposant pour partie sur d'autres standards nationaux). Des modèles similaires existent, industriels cette fois-ci, comme en Israël (la solution DBMotion, associée ou non à la solution Hello Doctor, un dossier patient disponible sur le smartphone du patient) ou aux États-Unis (Mayo Clinic, Kayser Permanente...), majoritairement dans un contexte dit de soins intégrés (HMO).

Une coordination entre acteurs compliquée

En France, on peut voir plusieurs difficultés dans la mise en œuvre de ces principes. Outre les problèmes d'ordre technique ou ceux liés aux différents intervenants, la notion de coordination des soins (primaires) et son organisation ont été plus ou moins mises en échec par le refus des syndicats professionnels de médecins libéraux de signer l'Avenant à l'accord-cadre interprofessionnel (ACIP) le 6 novembre 2014, et ce n'est qu'un exemple parmi bien d'autres. Celui-ci imposait le passage quasi systématique par l'hôpital des programmes d'accompagnement des patients (dans 9 cas sur 11¹³⁶). En toile de fond, il s'agissait aussi de considérer l'hôpital, avec l'appui des ARS, comme la pierre angulaire de la coordination du parcours de soins du patient, s'insérant dans celle de « service public territorial de santé » (rapport Devictor de 2014) devenu « service territorial de santé au public – STPS » dans la proposition de Loi de santé pour 2016. Les notions de parcours du patient, ou d'ambulatoire, semblent traduire dans les discours de ces dernières années un certain renforcement de l'approche hospitalo-centrée¹³⁷, alors que la notion d'ambulatoire est associée à au moins deux dimensions :

- D'une part à « moins de recours à l'hôpital », en lien avec la fin de la transition épidémiologique qui se caractérise par plusieurs facteurs, dont l'émergence des maladies et des états chroniques et la réduction du rôle et du poids des pathologies infectieuses aiguës ;
- D'autre part, le principe du médecin traitant, cœur du parcours organisé par la SNS, qui a été mis en place en 2004 pour mieux maîtriser les coûts, limiter « le recours “abusif” aux spécialistes », réduire le nomadisme médical et mieux organiser les parcours des patients.

Comment réussir ainsi à partager ou mettre en commun des éléments qui reposent sur des philosophies de travail différentes ?

Remarquons néanmoins que l'hospitalo-centrisme n'est pas particulier à la France, mais vaut pour la majorité des pays dits développés. Cependant, en relation avec leur histoire, leur culture et la forme de leur système de santé, certaines évolutions, dont l'évolution de leur système de santé et de ses organisations ou ses institutions, ou le partage des informations, semblent suivre, au moins en apparence, un cheminement moins chaotique. Johanet (2009¹³⁸) dresse un bilan assez critique des réformes et des plans de rééquilibrage qui se suivent, ce depuis la création de la Sécurité sociale en France en 1945. Son constat vient corroborer différentes études ou rapports, dont certains nous ont éclairés dans nos réflexions. Ils émaillent les différents chapitres de cette publication.

¹³⁶ APM « Négociations sur les soins de proximité : large rejet de l'avenant à l'ACIP par l'UNPS », dépêche du 06/11/2014, APM International

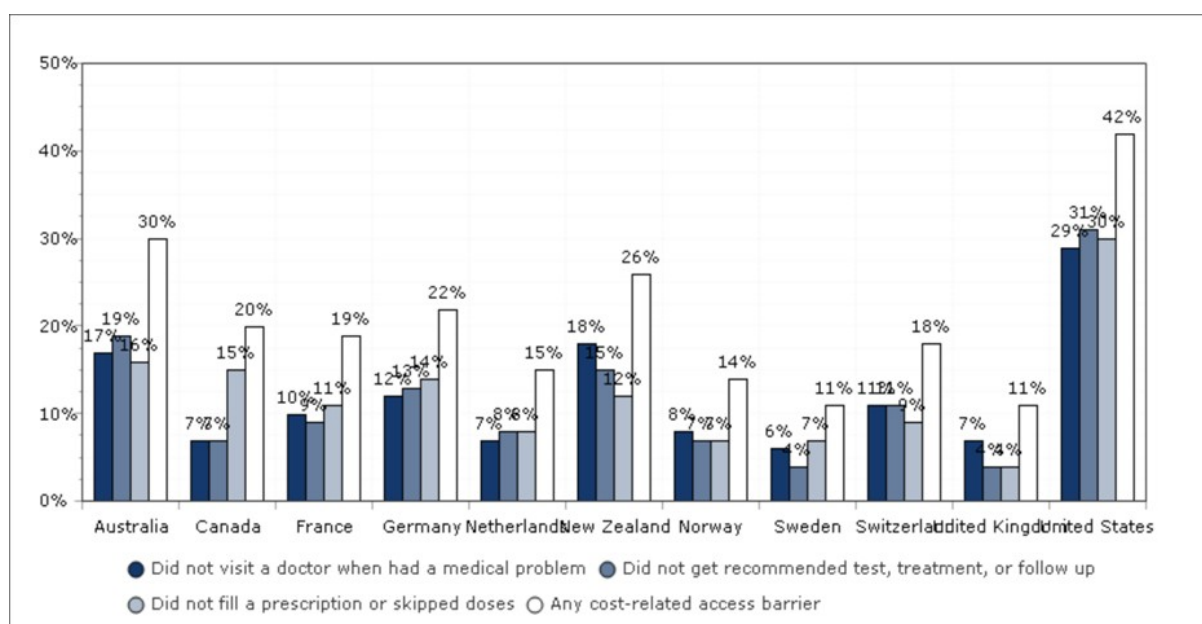
¹³⁷ Avec le « retour » de la notion de « Service public hospitalier » qui met plus ou moins à la marge le monde libéral et les établissements de santé privés. Il s'agit ici d'un constat, non pas d'un parti pris politique ou idéologique.

¹³⁸ Johanet Gilles (2009) « 29. L'échec de la régulation », In : *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Hors collection »

1.4 Et bien d'autres réalités

Il est aussi possible d'aborder la question sous un autre angle, celui du patient. Une part des coûts constatés en santé est liée à l'inobservance des consignes médicales, que ce soit pour les examens ou les traitements (exécution de l'ordonnance, suivi de la prescription et des prises, automédication), pour différents motifs. Par exemple, une comparaison faite par le Commonwealth Fund donne les résultats suivants¹³⁹ :

Figure 2 : Problèmes d'accès aux soins liés aux coûts en 2010



Source : 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey in Eleven Countries. Data collection: Harris Interactive, Inc. Cost-Related Access Problems in the Past Year (percent of sicker adults who because of the cost). Remarque : le questionnaire d'origine n'est pas disponible, la taille de l'échantillon n'est pas connue, les colonnes ou les causes peuvent être, a priori, cumulatives.

Si l'accent a été mis en France sur la notion de renoncement aux soins pour justifier certaines mesures, comme la nécessaire réorganisation du système de santé ou la justification du potentiel des TIC, cette notion tout comme celle présentée ci-dessus reste relativement floue (Canasse, 2012¹⁴⁰). Il ne s'agit aucunement de nier ici cet état de fait. Mais d'autres facteurs interviennent, comme les délais de prise en charge, les taux de remboursements en perpétuelle évolution, même avec le recours à une complémentaire, notamment depuis la mise en place de l'ANI rendant obligatoires les mutuelles d'entreprise, etc. D'autres contraintes symboliques, souvent « culturelles » jouent un rôle non négligeable¹⁴¹, comme le rapport à la précarité (pour soi-même ou ses proches) ou au corps, la représentation de la maladie, les relations aux médecins... ou le rapport à l'autorité ou aux TIC.

1.5 En résumé

Dans ce chapitre, nous avons survolé différentes notions relatives à la santé, santé qui peut être vue soit comme un concept positif (bien-être, absence de morbidité...) ou négatif (par la

¹³⁹ Ces résultats sont à relativiser, notamment en relation avec les systèmes de couverture sociale et les coûts restant à la charge du patient, aux États-Unis, en Australie ou en Nouvelle-Zélande par exemple

¹⁴⁰ Voir la synthèse proposée par Canasse Serge (2012) « [Renoncement aux soins : un concept à manier avec précaution](#) », Site Internet « Carnets de santé », rubrique Économie de la santé, juin 2012

¹⁴¹ Voir, par exemple, Desprès Caroline (2013) « [Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité](#) », Anthropologie & Santé, no 6/2013,

présence de limitations, déficiences, incapacités ou handicap). De façon schématique, il est aussi possible de distinguer 3 visions de la santé¹⁴² :

- Une vision perceptuelle, essentiellement fondée sur la notion de bien-être, subjective, variant selon les personnes et les moments de la vie ;
- Une vision fonctionnelle, la santé étant vue comme cette capacité de bien fonctionner d'un organisme vivant, l'état optimal d'un individu capable d'accomplir pleinement et efficacement les rôles et les tâches pour lesquels il a été organisé structurellement et socialement ;
- Une vision centrée sur le concept d'adaptation, la santé étant l'ajustement réussi d'un organisme autonome capable de trouver ou de retrouver un certain équilibre de ses fonctions (homéostasie), à la suite d'une action ou d'une stimulation quelconque venant du milieu interne ou externe.

Ces trois visions dépendant plus ou moins fortement de l'écosystème de l'individu (Dahlgren). La notion de soins intégrés émerge alors. Elle vise à mettre l'humain au centre du système de santé et de ses différents intervenants, telle que matérialisée dans les approches De Savigny (2009¹⁴³), par exemple, ou comme dans les approches dites « centrées (sur le) patient » (patient-centric ou patient centricity).

De tout temps, l'homme, au moins en Occident, a cherché à classer les choses. De fait, dans la santé, ces classifications se font souvent selon une approche normative et les perceptions qui en découlent, approche et perception qui varient elles-mêmes selon les normes sociales en un lieu et un moment donné. Ce qui peut être perçu comme problème de santé dans tel contexte culturel, idéologique ou professionnel, ne l'est pas nécessairement ailleurs. Comment décider que tel état de santé est meilleur que tel autre ? Comment organiser le système de santé et en assurer la pérennité ? C'est néanmoins à partir de ces approches normatives, entre autres, que sont évalués la santé et les systèmes de santé, objet du chapitre suivant.

¹⁴² Glodberg (1979), cité par Magny (2008). *Op. cit.*

¹⁴³ De Savigny Don et Taghreed Adam (2009) "Systems thinking for health systems strengthening" OMS

2. Systèmes de santé ?

« L'homme, pendant des millénaires, est resté ce qu'il était pour Aristote : un animal vivant, et de plus capable d'une existence politique ; l'homme moderne est un animal dans la politique duquel sa vie d'être vivant est en question. » Michel Foucault (1991) « Histoire de la sexualité : 1, la volonté de savoir. » Paris, Gallimard.

Une majorité d'acteurs et de chercheurs s'accordent à dire que le système de santé joue un rôle particulièrement important dans l'amélioration de la santé. Décliner l'ensemble des représentations ou approches relatives à la notion de Système de santé déborde largement le cadre de notre recherche¹⁴⁴. Néanmoins, si nous n'avons aucunement la prétention d'être exhaustifs sur ce sujet, cet éclairage nous semble nécessaire, la communication et la transmission d'informations revêtant plusieurs aspects : fournir des éléments pour préparer puis évaluer les politiques mises en œuvre, améliorer la santé, à la fois par une meilleure connaissance de la santé des populations, des pathologies, mais aussi en favorisant les coopérations entre professionnels de santé et les approches transversales, centrées sur le patient. Il reste donc difficile d'aborder la communication en santé sans évoquer le système (et les sous-systèmes associés) dans lequel elle se place et les finalités qu'il poursuit.

Dans son acception actuelle, la notion de système de santé est relativement récente. Son apparition est plus ou moins concomitante avec « l'irruption de l'économie » dans le champ de la santé avec la mise en place, depuis la seconde moitié du XXe siècle des systèmes de protection sociale ouverts à l'ensemble de la population¹⁴⁵. La Sécurité sociale en France a été créée en 1945¹⁴⁶.

Cette irruption de l'économie résulte, « dans les pays développés, du passage graduel, durant la deuxième moitié du XXe siècle, d'une période au cours de laquelle les sociétés ont donné de façon consensuelle une forte priorité dans l'allocation des fruits de la croissance aux dépenses des systèmes de soins..., à une période où cette priorité est de plus en plus remise en cause¹⁴⁷ ». En relation avec l'évolution de la mondialisation, de la place de plus en plus importante des marchés financiers, mais aussi du formidable développement de la recherche médicale, de ses techniques et de ses technologies, des changements des structures démographiques des populations (soignantes et soignées) accompagnés d'une évolution des besoins (en santé) en lien avec l'augmentation du niveau de vie, notamment dans les pays dits « développés », le champ d'action de la médecine s'élargit et les sociétés deviennent très sensibles au contrôle des dépenses publiques. Il s'en suit un débat public et politique, parce que (ou puisque) la distribution des ressources¹⁴⁸ au système de santé se fait, dans la majorité des pays développés, sous contrôle public, les techniques de l'information et de la communication y jouant un rôle important, mais variant selon les centres d'intérêt.

¹⁴⁴ Début juillet 2015, une recherche sur le terme « Système de santé » dans [Cairn.info](http:// Cairn.info) ramène 3594 résultats (3163 liés à des revues, 364 à des ouvrages et 67 à des encyclopédies de poche)

¹⁴⁵ Adaptation depuis De Pourville Gérard (2009) « 1. L'économie de la santé : périmètre et questions de recherche », in Pierre-Louis Bras et al. *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Hors collection », 2009, p. 14-22

¹⁴⁶ Il existe néanmoins des systèmes plus anciens comme en Allemagne par exemple, ou certains systèmes spécifiques en France comme pour les marins dès 1673 ou, plus tard, les professions libérales ou assimilées dès le XIXe.

¹⁴⁷ De Pourville. *Ibid.*

¹⁴⁸ « Par ressource du système de santé, on désigne l'ensemble des facteurs qui concourent, en se recombinaient, à l'amélioration de la santé de la population, soit par le diagnostic et le traitement des pathologies, soit par leur prévention. Ce vaste ensemble comprend les personnels, les équipements lourds, les consommations intermédiaires faisant partie du secteur (pharmacie) ou n'en faisant pas partie, mais contribuant à l'amélioration de la santé (lutte contre la pollution, amélioration du réseau routier, de la salubrité des logements...). Statistiquement, le premier groupe est néanmoins mieux connu que le second ». Haut comité de la santé publique (2002) « La santé des Français », Paris, La Découverte, Collection « Repères », 128 pages, Chapitre « III/l'affectation des ressources dans le système de santé », p. 59

Sur le principe, les politiques de santé¹⁴⁹ et les réformes des systèmes associés cherchent à faire le meilleur arbitrage possible entre 4 objectifs différents¹⁵⁰, sociaux (garantir les mêmes soins pour tous), sanitaires (améliorer la qualité et la sécurité des soins pour obtenir de meilleurs résultats en santé), économiques (assurer la viabilité financière et la compétitivité des systèmes) et politiques (obtenir la satisfaction des usagers et des prestataires, c'est-à-dire respecter leur liberté de choix et d'action, éviter les files d'attente...). Burton Weisbrod¹⁵¹ parlait de Health Care Quadrilemma en 1991, insistant sur leurs interactions réciproques : l'assurance entraîne le développement de la R et D qui entraîne une amélioration de la santé qui entraîne une évolution de la demande qui entraîne une augmentation des dépenses qui entraîne un recours accru à l'assurance... Un grand nombre de questions en relation avec les interprétations et les interactions multiples au sein de ce système de santé se posent alors. Nous en proposons ici un aperçu.

L'OMS, à l'instar d'autres organisations internationales, financières telles que le FMI ou la Banque Mondiale, ou à vocation économique comme l'OCDE, ont joué un rôle de plus en plus influant dans les débats liés à la santé des populations et aux réformes des systèmes de santé (voir le chapitre précédent : 1.1, Mais de quelle santé parlez-vous ? Page 35 et suiv.)

Pour les institutions financières et économiques, il s'agit avant tout d'une problématique budgétaire renvoyant dos à dos, présentées ici de façon simpliste, les politiques de tendance keynésienne (relance par les dépenses publiques et le déficit [temporaire]) ou néo-classique (réduction des dépenses publiques et des déficits, développement de l'offre et de la concurrence), nécessitant, dans tous les cas, des remontées d'informations fournies par les acteurs « de première ligne ». C'est ainsi que l'OCDE compare depuis le début des années 1990 les systèmes de santé en valorisant les performances économiques. Les portails tels qu'EuroREACH visent à faciliter ces rapprochements de données et les comparaisons. La majorité des informations vient des cadres et des outils d'évaluation de la performance des organisations et des systèmes de santé qui ont été développés à peu près à la même époque dans la plupart des pays occidentaux.

Nous abordons en premier lieu le système de santé par l'approche de l'OMS pour qui ce système, grâce aux ressources qu'il mobilise, doit contribuer à l'amélioration de la santé.

Le second chapitre illustre la complexité de cette notion par la tentative de proposer un cadre partagé de définition et d'évaluation de ce que peut être un système de santé. Cependant, à l'instar d'autres publications, les principaux facteurs présentés sont fortement dépendants des politiques décidées au plan national et des enjeux multiples qu'elles sous-tendent.

Dans ces deux cas et de façon directe ou indirecte, les systèmes d'information et surtout les TIC sont mis à contribution, plus particulièrement en raison de leur potentiel théorique à favoriser la communication et le stockage « numérique » d'informations permettant de répondre à des objectifs multiples, dont l'amélioration de la santé, mais aussi la performance et l'efficacité du système de santé lui-même.

¹⁴⁹ Décrire le périmètre de ce qu'est une politique de santé reste un projet ardu. Bergeron Henri (2010) « Chapitre 3/les politiques de santé publique », in Olivier Borraz et al. *Politiques publiques*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Académique », p. 80 et suiv.

¹⁵⁰ *Adaptation à partir de sources multiples, dont Bruno Palier (2015) « La réforme des systèmes de santé », 7e éd., Paris, Presses Universitaires de France « Que sais-je ? »*

¹⁵¹ Weisbrod Burton A. (1991) "The healthcare quadrilemma: an essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care and Costs Containment" *Journal of Economic Literature*, Vol. 29, issue 2 (jun. 1991), p. 523:555.

2.1 L'OMS et le système de santé idéal...

L'OMS¹⁵² définit le système de santé comme étant « ... l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Pour renforcer les systèmes de santé, il faut surmonter des obstacles dans plusieurs domaines : effectifs des professionnels de santé, infrastructures, matériel médical et médicaments, logistique, suivi des progrès et efficacité du financement. Pour fonctionner, un système de santé a besoin de personnel, de moyens financiers, d'informations, de fournitures, de moyens de transport et de communication, ainsi que d'orientations générales. Il doit fournir des services correspondants aux besoins et financièrement justes et traiter les patients décemment... » En référence aux travaux de l'OMS depuis 1986 et la [Charte d'Ottawa](#), le système de santé dans son ensemble devrait être investi d'une mission globale de promotion de la santé de la population.

L'OMS précise qu'un « système de santé performant offre des services de qualité à tous, quels que soient le moment et le lieu où ils en ont besoin. La configuration exacte des services varie d'un pays à l'autre, mais exige en toutes circonstances :

- Un mécanisme de financement solide ;
- Un personnel qualifié ;
- Des informations fiables sur lesquelles fonder décisions et politiques ;
- Une infrastructure bien entretenue, et ;
- Des moyens logistiques pour acheminer des médicaments et des technologies de qualité. »

L'OMS fournit régulièrement des rapports d'évaluation, que ce soit au plan mondial ou régional. Néanmoins, la majorité de ces rapports est axée sur la performance (résultats) des systèmes de santé et la mesure de leur rendement. Pour ce faire, l'OMS définit l'évaluation des systèmes de santé (Health System Performance Assessment - [HSPA](#)) comme un processus de responsabilisation stratégique, spécifique à chaque pays, qui permet de suivre, d'évaluer, de communiquer et de réexaminer la réalisation d'objectifs de haut niveau en matière de systèmes de santé. Au niveau d'une région ou des États, les objectifs spécifiques du processus peuvent aussi consister :

- À définir les buts et priorités du système de santé ;
- À servir d'interface pour l'élaboration des politiques publiques et la coordination des actions au sein même du système de santé ;
- À mesurer l'avancement vers la réalisation des objectifs ;
- Et à étayer le débat public sur le système de santé.

Les pays européens affiliés à l'OMS, signataires de la Charte de Tallinn de 2008, s'engagent à prendre différentes initiatives comme la promotion de la transparence et de la responsabilisation vis-à-vis des citoyens et des autres parties prenantes légitimes, quant à la façon d'utiliser les ressources financières des systèmes de santé. Néanmoins, ne serait-ce qu'au niveau des États membres de l'Union européenne, si des démarches d'évaluation des systèmes de santé ont été lancées, elles revêtent des formes très diverses pour des finalités elles-mêmes très diverses¹⁵³ ...

¹⁵² OMS (2015) « [Systèmes de santé](#) », Site Internet. Thèmes associés : <http://www.who.int/healthsystems/topics/fr/>

¹⁵³ On retrouve des problématiques similaires avec le modèle EMRAM (European EMR Adoption Model) développé par l'organisation [HIMMS Analytics](#). Ce modèle s'intéresse à l'utilisation des TIC dans les établissements de santé en fonction d'un modèle de maturité propre.

À partir des exigences formulées par l'OMS, il est possible de déduire, en filigrane, que la disponibilité des informations, leur qualité, les capacités de traitement, de stockage et de restitution sont à la fois un facteur de succès et un problème sous-jacent.

Pour l'OMS, les TIC sont l'un des éléments importants pour faire progresser la santé dans le monde. En lien avec les notions de système d'information et d'informatisation de la santé, l'OMS, au travers de son enquête mondiale sur la cyber-santé¹⁵⁴ en 2005, faisait le constat suivant : « *La cyber-santé, c'est-à-dire l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour la santé, est l'un des domaines qui se développe le plus rapidement. Pourtant, les politiques et les pratiques, en matière de cyber-santé, ne peuvent encore s'appuyer que sur des travaux de recherche systématique très limités*¹⁵⁵ ». L'objectif de cet observatoire (mondial) de la Cyber-santé est d'améliorer la santé, en donnant aux États membres des informations et des orientations stratégiques sur les pratiques efficaces, les politiques et les normes en matière de cyber-santé. Les principaux objectifs de cette première enquête étaient les suivants :

- Décrire et analyser la cyber-santé dans les pays, dans les régions, et au plan international ;
- Déterminer et évaluer les mesures prises dans les principaux domaines d'action pour contribuer à l'essor de la cyber-santé dans les pays ;
- Fixer les normes pour les États membres en ce qui concerne les outils et les services de cyber-santé.

À la suite à cette étude, des recommandations ont été adressées aux différents pays en vue de promouvoir les services de cyber-santé pour participer à l'amélioration de la qualité des soins. Cette enquête s'inscrit dans une démarche plus globale initiée par le Sommet mondial de la société de l'information (SIMSI) qui souhaite ainsi appliquer le concept forgé par Norbert Wiener 60 ans auparavant dans son ouvrage « Cybernétique et société » (1952).

Les deux premières phases de ce sommet (Genève en 2003, Tunis en 2005) ont donné lieu à une phase de mise en œuvre et de suivi, toujours en cours¹⁵⁶. L'action de l'OMS en faveur des systèmes d'information de santé s'inscrit dans cette initiative¹⁵⁷ et vise à en faire respecter les principes (OMS, 2004¹⁵⁸). Il est à noter que ces grandes orientations, définies à Genève puis complétées à Tunis, vont largement au-delà de la notion de la santé et qu'elles visent à constituer des écosystèmes interreliés en cherchant à maximiser les apports des TIC dans tous les domaines concernés, administration, commerce, mais aussi en matière d'éducation et de santé. Le plan d'action défini à Genève en 2003 a pour objectifs, notamment en ce qui concerne la Télésanté¹⁵⁹, de :

- a) Promouvoir la collaboration entre les pouvoirs publics, les planificateurs, les professionnels de la santé et les autres organismes, avec la participation des organisations internationales, en vue de créer des systèmes de soins, de santé et d'information sanitaire, fiables, réactifs, d'excellente qualité à des coûts abordables. Et de promouvoir, dans le domaine médical, la formation continue, l'enseignement

¹⁵⁴ Dans la terminologie « à la mode », les termes d'« e-santé », de « télésanté », de « santé numérique », « digitale »... sont généralement employés sans pour autant en fournir une définition précise. Dans ce contexte, le financement (les moyens) et les finalités manquent de cohérence pour aboutir à un véritable programme national dédié. Il est vrai qu'il est nécessaire de composer avec une multitude d'acteurs aux objectifs souvent contradictoires...

¹⁵⁵ OMS (2005) « *Observatoire mondial de la Cyber-santé* », OMS Genève

¹⁵⁶ Le dernier document date de 2012. Il est régulièrement amendé. WSIS Forum 2012 « *Outcome Document (Draft 1.0)* », Site Internet

¹⁵⁷ Sommet mondial sur la société de l'information – SIMSI. Site Internet : <http://www.itu.int/wsis/index-fr.html>

¹⁵⁸ Om (2004) « *Déclaration de principes : Construire la société de l'information : un défi mondial pour le nouveau millénaire* », Document WSIS-03/GENEVA/DOC/4-F. Site Internet

¹⁵⁹ OMS (2003) « *Plan d'action : Ce – Grandes orientations – C7 : Les applications TIC et leur apport dans tous les domaines* », site Internet

et la recherche grâce à l'utilisation des TIC, tout en respectant et en protégeant le droit des citoyens au respect de leur vie privée ;

- b) Faciliter dans le monde entier, l'accès au savoir médical et aux contenus adaptés aux conditions locales afin de renforcer les programmes de prévention et de recherche dans le domaine de la santé publique ;
- c) Annoncer, surveiller et maîtriser la propagation des maladies contagieuses grâce à l'amélioration des systèmes communs d'information ;
- d) Encourager l'élaboration de normes internationales pour l'échange de données sanitaires, en prenant en compte les considérations de confidentialité ;
- e) Encourager l'adoption des TIC afin d'améliorer les systèmes de soins de santé et d'information sanitaire, et d'en étendre la couverture aux zones reculées ou mal desservies ainsi qu'aux populations vulnérables, en reconnaissant le rôle joué par les femmes comme prestataires de soins de santé dans leurs familles et leurs communautés ;
- f) Renforcer et élargir les initiatives fondées sur les TIC pour fournir une assistance médicale et humanitaire en cas de catastrophe naturelle et en situation d'urgence.

Ce plan d'action soulève différents points cruciaux :

- La promotion des collaborations grâce aux TIC et la standardisation des échanges, tout en protégeant les droits des citoyens ;
- L'accès au savoir médical par la diffusion des connaissances ;
- L'amélioration de la gestion des épidémies ou des pandémies ;
- Le développement de services distants ;
- La gestion des situations à grand risque.

Il est possible de faire un lien entre ces objectifs et leur déclinaison au travers des différents plans d'informatisation de la santé et d'organisation du système de santé sur notre territoire national.

Pour l'OMS, les systèmes d'information et les TIC représentent une thématique importante, entre autres pour ce qui concerne la mise en place des politiques de prévention et d'amélioration de la santé. À titre d'exemple, [IRIS](#), le dépôt institutionnel de l'OMS pour les échanges d'informations fait état, en juin 2015, de 565 documents (dont 532 en ligne, 392 en août 2013, un même document peut être diffusé en plusieurs langues) concernant le mot-clé « *information system*¹⁶⁰ », dont la date de publication s'étale de 1961¹⁶¹ à juin 2015.

Une recherche sur le terme « *medical informatics* » (informatique médicale) donne, à la même date, 160 rapports (123 en août 2013), débutant en 1986. Le premier rapport, « *Informatics and telematics in health: present and potential use* » avait pour objectif « *de discuter les différents moyens par lesquels les TIC peuvent être utilisées pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé et des services de soins et de santé* ». Il est suivi, en 1987, par un rapport, « *Informatics technology and health management - technical discussion* », qui avait pour objectifs « *d'attirer l'attention des États membres sur les potentialités offertes par les TIC dans la gestion de leurs systèmes de santé en les encourageant à les utiliser. Ce document de référence discute aussi des avantages et des problèmes de l'application de l'informatique dans des domaines (très) diversifiés de la santé et de la médecine. Il attire également l'attention sur les besoins et les préoccupations de la gestion de l'informatique au sein d'une organisation ou d'un pays.* » Ces rapports seront suivis de nombreuses autres études, rapports et publications sur la place des TIC dans la santé et leur potentiel, aussi bien sur le plan sanitaire (prévention, amélioration de la santé, limitation des

¹⁶⁰ Domaine de recherche : « Tout WHO IRIS », filtres sélectionnés : « Sujet = Information systems » ou « Sujet = Medical informatics »

¹⁶¹ Le premier rapport a trait aux remontées d'informations nécessaires à l'évaluation de l'éradication du paludisme.

risques, etc.) que sur celui de l'économie ou de la gestion (réduction des coûts, évolution des organisations, mais aussi des rôles des acteurs, etc.).

Lors de son allocution à la 60e réunion du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, le 13 septembre 2010, la directrice régionale insistait sur le rôle stratégique des TIC et proposait la mise en œuvre d'un « *projet de système d'information commun sur la santé, au sein duquel les partenaires internationaux recueilleront, analyseront et diffuseront conjointement les données* ». Elle mettait aussi l'accent sur les modifications induites par les nouveaux modes de communications. Même si ces orientations concernent en premier chef l'OMS-Europe, cela met en perspective les besoins sans cesse croissant d'informations, si possible de qualité, à tous les niveaux. Reste alors à aussi partager des règles, des référentiels communs...

2.2 ... confronté aux systèmes de santé « locaux »

Comme pour les déterminants de la santé, différentes approches se proposent de définir, de façon macroscopique, ce que peut être un système de santé, équitable et fonctionnant « bien ». À l'instar de l'OMS, Balanova¹⁶² *et al.* (2013) par exemple, considèrent 4 caractéristiques principales conduisant à « un bon » système de santé. Ce sont :

- La bonne gouvernance (du système de santé, équité, transparence) et l'engagement politique ;
- Des institutions et des administrations stables et efficaces, y compris pour qui concerne l'information et sa gestion, échanges et mise à disposition compris ;
- La capacité à innover, notamment dans le financement, la protection sociale et les services de santé offerts ;
- La résilience du système de santé lui-même.

En lien à leur étude réalisée dans différents pays « en voie de développement », les auteurs concluent que ces facteurs ne sont pas suffisants et que d'autres systèmes nationaux (éducation, etc.) exercent une influence non négligeable. Si la santé d'une personne est dépendante de nombreux facteurs, les déterminants de santé, l'appréciation de la santé d'une population et son amélioration s'inscrivent donc dans un ensemble plus vaste, le système de santé, système qui influe, avec les autres systèmes avec lesquels il est en interrelation, sur ces mêmes déterminants.

La notion de *système de santé* a été et reste un sujet foisonnant d'échanges, de discussions voire de controverses au sein des communautés politiques ou de la recherche¹⁶³. Les systèmes de santé sont depuis de nombreuses années au centre de débats concernant aussi bien les réformes à apporter que leur organisation, leur financement, les comparaisons possibles ou les moyens de les renforcer ou les améliorer grâce au potentiel des TIC, entre autres. Ils ont été disséqués, analysés, évalués ou comparés, mais, dans bien des cas, ces données conduisent à souvent comparer « des choux et des carottes¹⁶⁴ »... en raison de différents facteurs, dont la multiplication des cadres de mesure et d'analyse de la

¹⁶² Balabanova Dina, Mills Anne, Conteh Lesong, Akkazieva Baktygul *et al.* (2013) "Good Health at Low Cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening" *Health Policy, The Lancet*, Vol. 381, issue 9883

¹⁶³ Hsiao William C. (2003) "What Is a Health System? Why Should We Care?" [Harvard School of Public Health, working paper](#). Notre traduction, adaptation et complément avec d'autres sources. S'il existe de très nombreuses publications et ouvrages dédiés aux systèmes de santé, la publication de Hsiao présente un niveau de complétude et de synthèse suffisant dans notre contexte.

¹⁶⁴ Voir, par exemple, Goldberg (1982). *Op. cit.* Cet article a été remis à jour en 2002. Goldberg Marcel, Melchior Maria, Leclerc Annette, Lert France (2002) « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », In : *Sciences sociales et santé*. Volume 20, n° 4, vingt ans. Numéro anniversaire. p. 75-128. « Les limites de l'approche épidémiologique des déterminants sociaux », pages 76 et suiv.

performance (Thiebaut *et al.* 2015¹⁶⁵). Pourtant, ces données, ces flux d'information ont souvent pour objectif premier une meilleure adéquation entre l'offre et la demande, afin de mieux répondre aux besoins d'une population, dans un contexte économique tendu. Une surveillance démographique, épidémiologique et économique permanente permet de mieux estimer ces besoins. C'est en fonction de cet objectif qu'ont souvent été pensés la contribution des systèmes d'information des producteurs de soins, tout comme leur informatisation, pour renseigner les financeurs quant aux activités, la population « servie » et les coûts des soins. Ils permettent, comme en France, un ajustement périodique des nomenclatures, des tarifs ou des remboursements, après négociation entre les différentes parties prenantes ou leurs représentants.

Dans une vision large de santé publique¹⁶⁶, le système de santé, dont va dépendre l'état de santé d'un pays, est composé de différents « sous-systèmes », économique, social, culturel, politique, juridique, professionnel, technologique, etc., mais aussi l'éducation ou l'écologie.

Il n'y a pas de réponses communes et cohérentes à la question : « Qu'est-ce qu'un système de santé ? » Dit brièvement¹⁶⁷, un système de santé est un « *moyen pour une fin (but, objectif)* ». C'est un système « *qui existe et évolue pour répondre à des besoins sociétaux, des composants peuvent être utilisés comme instruments politiques pour en modifier les résultats.* » Vu sous un autre angle, ce sont des systèmes ouverts¹⁶⁸, avec des composants interdépendants qui interagissent dans le contexte dans lequel ce système se situe (son environnement), formant un tout dont les propriétés sont différentes et dépassent celles de l'ensemble de ses parties. Ces éléments en interaction s'influencent mutuellement avec des rétroactions positives (amplification) ou négatives (équilibre), déterminant collectivement le comportement de ce système.

Classiquement, on distingue trois grands types de systèmes de santé. Cette structuration « organisationnelle » ou « institutionnelle » a aussi des effets très visibles dans la structure des dépenses individuelles de santé¹⁶⁹, ou sur la façon de communiquer ou de partager ses informations, si l'on est « en concurrence » ou non, par exemple. Ces différents systèmes se répartissent comme suit, avec quelques variations pour un « même modèle » entre les pays, chacun présentant différents avantages et inconvénients (voir les Annexes, page 404) :

- Les systèmes nationaux de santé (Australie, Canada, Danemark, Espagne, Finlande, Irlande, Norvège, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Suède et partiellement [système mixte total ou partiel, plus ou moins associé avec un système assurantiel], Belgique, Italie, Portugal ou Suisse), avec un financement par l'impôt. Ils sont organisés comme un service public de santé. L'accès aux soins est quasiment gratuit pour garantir une couverture maladie universelle. L'offre de soins est organisée par l'État et financée par l'impôt (système « Top-Down » de type Beveridge). Ce système peut être centralisé (Grande-Bretagne) ou décentralisé (organisation, financement et gestion, comme dans les pays nordiques ou l'Italie). La santé est financée *ex ante*. Il appartient aux prestataires de santé de s'inscrire dans cette enveloppe. Le « principe général de rémunération » des prestataires de soin est la capitation ou le salariat, la liberté de choix des patients est plus ou moins limitée, voire nulle ;

¹⁶⁵ Thiebaut Georges-Charles, Champagne François, Contandriopoulos André-Pierre (2015) « Les enjeux de l'évaluation de la performance : Dépasser les mythes » *Canadian Public Administration*, Vol. 58, n° 1, p. 39-62,

¹⁶⁶ [Aunège](#)

¹⁶⁷ Hsiao William C. (2003). *Op. cit.* La citation est reprise par Atun Rifat (2012) "Health systems, systems thinking and innovation" *Health Policy and Planning*, Vol. 27, Issue suppl. 4, p. iv4-iv8

¹⁶⁸ Atun Rifat (2012). *Ibid.*

¹⁶⁹ Evans, Robert G. (1981) "Incomplete Vertical Integration: The Distinctive Structure of the HealthCare Industry" in J. J. Van der Gaag and P. M. (eds) *Health, economics, and health economics*, Amsterdam, North Holland, p. 71 et the SUV. Montaut Alexis (2015) « [La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé](#) », DREES, Rapport 2014, p. 112.

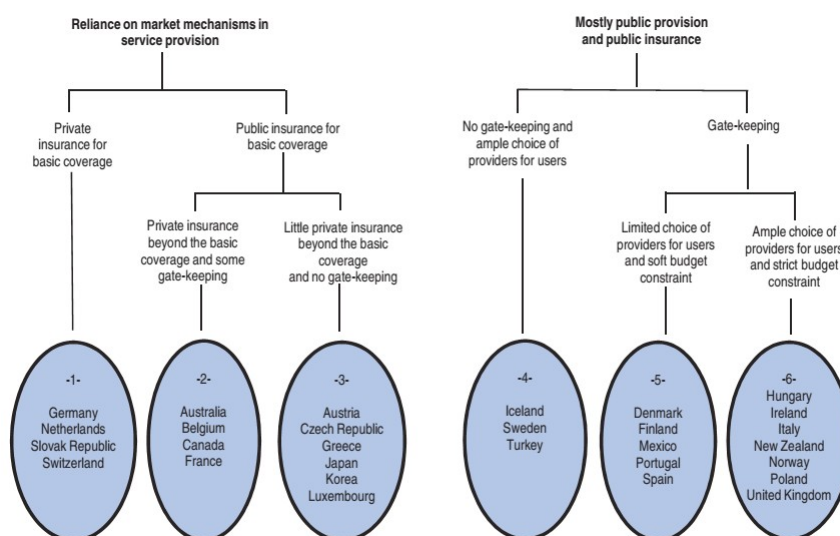
- Les systèmes assurantiels (Assurance maladie : Allemagne, France, Autriche, Belgique, Luxembourg, Japon, Pays-Bas, certains pays d'Europe centrale et orientale, Afrique du Nord), avec un financement par les assurances maladie obligatoires. L'offre de soin est à la fois publique (généralement les hôpitaux, certains centres de soins locaux) et privée (généralement la médecine ambulatoire, certains hôpitaux ou cliniques). L'activité libérale a un statut reconnu. Les frais inhérents aux soins sont (plus ou moins) couverts par les assurances maladie (obligatoires ou complémentaires et facultatives) qui sont financées par les cotisations sociales (système « Bottom-Up » de type bismarckien). Ce système est centralisé (France) ou décentralisé (au niveau des Länder comme en Allemagne). La santé est financée *ex post*. La régulation des dépenses (encadrement) ne peut donc se faire qu'avec retard, en veillant au devoir de solidarité, obligatoire pour l'ensemble de la population. Elle utilise alors différents moyens comme la régulation par l'offre, la responsabilisation des consommateurs (des acteurs, franchises, reste à charge...), les prix et les taux de remboursements, etc. Le « principe général de rémunération des prestataires » de soins est le paiement à l'acte ou le salariat. Les patients ont le plus souvent la liberté de choisir leur prestataire de soin ;
- Les systèmes libéraux de santé (États-Unis [système fédéral fortement décentralisé], Israël, certains pays d'Amérique latine¹⁷⁰ ou d'Europe centrale). L'offre de soins y est généralement privée, ou para-privée (fondations). Le système public n'intervient que pour les plus nécessiteux, les personnes âgées ou les invalides ou dans les cas de grandes urgences. Plusieurs types d'organisations et plusieurs systèmes de protection sociale peuvent coexister comme aux États-Unis. Une partie de la population ne bénéficie d'aucune couverture sociale, la protection maladie étant très majoritairement à l'instigation des individus ou des entreprises.

La différenciation entre les 2 premiers systèmes ci-dessus était plus ou moins valable jusqu'en 1990. Devant faire face à des défis similaires ils sont une source d'inspiration réciproque, en gommant leurs différences. Il n'existe plus de systèmes beveridgiens ou bismarckiens « purs ». Comme il n'y a pas de politique optimale et universelle, les pays confrontent leurs expériences pour en tirer des leçons utiles et ainsi adapter leur propre système, tout en tenant compte des spécificités de leur histoire et de leurs circonstances socio-économiques et politiques. L'OCDE propose ainsi, en 2010¹⁷¹, la répartition suivante :

¹⁷⁰ Après avoir mis très tôt en place des systèmes de couverture sociale contributifs couvrant jusqu'à 70 % de la population, l'Amérique latine a privatisé ses assurances sociales dans les années 80 et 90. Selon l'OIT (2011), au niveau mondial, seul 1/3 des pays (28 % de la population) disposent d'un système de protection sociale complet, principalement dans les pays « riches ». L'OIT classe la prise en charge des risques par la sécurité sociale en dix « branches » : soins médicaux, indemnités de maladie, indemnités de chômage, prestations de vieillesse, prestations en cas d'accident du travail, prestations aux familles, prestations de maternité, prestations d'invalidité, prestations de survivants et assistance sociale. Voir aussi Merrien François-Xavier (2013) « [La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international](#) », Revue internationale de politique de développement, n° 4.2.

¹⁷¹ OCDE (2010) "Healthcare systems: efficiency and policy settings" OCDE-Executive summary p. 5, [site Internet](#)

Figure 3 : Les systèmes de santé vus de l'OCDE



Note de l'OCDE : "The countries on the left such as Germany and the Netherlands tend to rely on market mechanisms to supply healthcare whereas those on the right, such as Finland and the United Kingdom, depend more on public command and control. Apparently diverse countries fit the same group; the rules in Iceland, Sweden and Turkey for instance all provide for ample user choice, even if in practice there are geographical and other constraints. Note that the United States did not participate in the survey." Les caractéristiques détaillées des différents systèmes de santé sont comparées dans une publication spécifique¹⁷².

La notion de système de santé est généralement définie en fonction des objectifs poursuivis, mais aussi en fonction des points de vue¹⁷³. La richesse des contributions et publications pour définir, décrire, analyser et expliquer ce que peut être un système de santé, a entraîné la proposition de multiples cadres conceptuels, aussi bien au plan national, européen (comme le projet EuroREACH¹⁷⁴) ou international (Shakarishvili *et al.*, 2010¹⁷⁵). Ces derniers auteurs se proposent de dresser un tableau récapitulatif de différents cadres conceptuels associés aux systèmes de santé que nous reproduisons ci-après à titre d'exemple, ces cadres se complétant mutuellement. Certains auteurs comme Coutts *et al.* (Op. cit.) l'enrichissent d'une dimension écologique.

¹⁷² Paris Valérie, Dervaux Marion, Wei Lihan (2010) "Health Systems Institutional Characteristics: A survey of 29 OECD countries" OECD

¹⁷³ Van Olmen Josefien, Marchal Bruno, Van Damme Vim, Kegels Guy, Hill Peter S. (2012) "Health systems frameworks in their political context: framing divergent agendas" BMC Public Health 12, n° 1 (2012): 774

¹⁷⁴ Papanicolas Irene, Smith Peter C. (2010) "EuroREACH Framework for Health System performance Assessment" EuroREACH project, draft report.

¹⁷⁵ Shakarishvili George, Atun Rifat, Berman Peter, Hsiao William, Burgess Craig, Lansang Mary Ann (2010) "Converging Health Systems Frameworks: Towards a Concepts-to-Action Roadmap for Health Systems Strengthening in Low and Middle Income Countries" Global Health Governance, volume III, n° 2 (spring 2010), <http://www.ghgj.org>

Figure 4 : Différents cadres d’approche des systèmes de santé

Table 1: An illustrative list of proposed conceptual frameworks for health systems

| An Illustrative List of Multiple Health Systems Frameworks: |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Actors framework (Evans, 1981)• Fund flows and payment framework (Hurst, 1991)• Demand-supply framework (Cassels, 1995)• Performance framework (WHO, 2000)• Control knobs framework (Hsiao, 2003)• Reforms framework (Roberts, Hsiao, Berman, Reich, 2004)• Public management framework (Khaleghian, Das Gupta, 2004)• Capacity framework (Mills, Rasheed, Tollman, 2006)• Building blocks framework (WHO, 2007)• Essential public health functions framework (PAHO, 2008)• Systems framework (Atun, 2008) |

Source: R. Atun, N. Menabde, "Health Systems and Systems Thinking" in R. Cocker, R. Atun, M. McKee, *Health Systems and the Challenge of Communicable Disease*

Les concepts et les définitions (ou les acceptions) ambiguës de la notion de Système de santé ont semé (ou sèment encore) la confusion dans le débat public. Ils ont aussi entraîné (ou entraînent encore) des réflexions politiques « erronées ». Ces réflexions dépendent également de supports idéologiques multiples dont l’analyse ou l’évaluation sortent du cadre du présent document. Néanmoins, les débats autour des systèmes de santé animent les débats nationaux et internationaux depuis de très nombreuses années. C’est aussi le cas de la place et de l’utilité des systèmes d’information de santé en général, et de l’utilisation des TIC en particulier et de la communication.

Van Holmen *et al.* concluent ainsi : *“Health system theories and frameworks frame health, health systems and policies in particular political and public health paradigms. While there is a clear trend to try to understand the complexity of a dynamic relationships between elements of health systems, there is also a demand to provide frameworks that distinguish between health system interventions, and that allows mapping with a view of analyzing their returns. The choice of a particular health system model to guide discussions and work should fit the purpose. The understanding of the underlying rationale of a chosen model facilitates an open dialogue about purpose and strategy.”*

La structuration du système de santé choisi, associée aux différents cadres conceptuels disponibles, généralement définis en fonction d’un but précis, peut susciter un certain doute quant aux choix possibles pour améliorer un système de santé national. Ce que Horton (2012¹⁷⁶) résume ainsi : *“Health system approaches to aid may be intellectually correct, but they are politically problematic.”* De fait, plutôt que de mettre l’accent sur l’identification des approches pratiques et des actions collectives à mettre en œuvre pour renforcer les systèmes de santé, la plupart des débats sont centrés sur la conceptualisation des objectifs de ces systèmes, les fonctions et les méthodes de mesure et de comparaison, car les systèmes de santé sont avant tout définis et évalués traditionnellement par le biais d’indicateurs d’activité et de capacité plus ou moins partagés. De fait, les différents systèmes d’information et les applications associées sont (ou ont été) principalement développés, entre autres, pour faciliter l’obtention d’indicateurs de gestion, ou faciliter la gestion des crises sanitaires.

L’OCDE¹⁷⁷, comme beaucoup d’autres organisations, propose ses statistiques « d’efficience économique de la santé », dont les informations sont agrégées selon plusieurs axes : les dépenses de santé, les ressources de santé (personnels, lits, équipements médico-

¹⁷⁶ Cité par Van Holmen. Horton Richard (2012) “Offline: One day in Brussels” *The Lancet*, Vol. 379 February 18, 2012. Horton est médecin et rédacteur en chef au *Lancet*. Il est aussi chargé de l’évaluation scientifique des publications proposées au *Lancet*.

¹⁷⁷ OCDE (2014) « [Politique et donnée sur la santé](#) », site Internet

techniques...), les grands chiffres d'activité (consultations, examens, durées moyennes de séjour...), les indicateurs d'analyse comparée de santé (mortalité infantile, espérance de vie à la naissance, en bonne santé, mortalité...) et les facteurs de risques. Pour l'Europe, le projet EuroREACH par exemple propose d'accéder aux différentes dimensions des systèmes de santé grâce à un site Internet regroupant l'accès à différentes sources de données. C'est le [Health Data Navigator](#). Ces sources sont présentées selon le cadre d'intégration modèle du projet. On retrouve une présentation semblable au plan national¹⁷⁸ avec un niveau de détail plus fin. Néanmoins, comme au plan international, les changements successifs de référentiels, de règles de gestion ou de modes de calcul, mais aussi l'accroissement des informations disponibles et de leurs sources, rendent les comparaisons malaisées.

Pour les statistiques (inter) nationales, les agrégats de données proposés, s'ils permettent différentes comparaisons « rapides », restent trop macroscopiques pour permettre des comparaisons fiables. Outre les différences en ce qui concerne le modèle de protection sociale ou de gestion du système de santé, il serait aussi nécessaire de comparer les populations, les pathologies ou la géographie... sans compter sur la disparité des systèmes « techniques » en place et leur réelle utilisation. C'est le cas, par exemple, de débat engagé depuis quelques années autour de l'ambulatoire (au sens de la chirurgie ambulatoire¹⁷⁹), celui concernant les relations entre la ville et l'hôpital, ou le potentiel des TIC en France.

Les responsables politiques ont un intérêt particulier à définir de façon cohérente et satisfaisante la notion de système de santé. Elle leur permet notamment de mieux comprendre quelles mesures seraient susceptibles d'améliorer la performance de leur système de santé (national), et de définir comment obtenir les données permettant de l'évaluer. Dans le même temps, les comparaisons avec les systèmes considérés comme étant les meilleurs (en fonction de l'intérêt du moment¹⁸⁰) peuvent être une source d'inspiration pour réformer leur système de santé. Cette démarche s'inscrit dans ce que l'on nomme communément une politique de santé qui tente, pour atteindre les objectifs qu'elle (se) fixe, d'organiser les ressources dont elle dispose en orientant les comportements de ses acteurs.

Note : La sociologie de l'action publique ou l'analyse des politiques publiques par la sociologie soulève le problème de la polysémie du terme politique qui « recouvre à la fois la sphère politique dans son opposition à la société civile (Polity), l'activité politique et sa compétition (Politics) et le processus de mise en place de programmes d'action publique (Policies). Étudier l'action publique revient

¹⁷⁸ Portail [EcoSanté](#) par exemple ou les données de l'[INSEE](#), dont les sous-rubriques sont classées en : Personnels et équipements de santé, Maladies, accidents et drogues et Dépenses de santé. Voir aussi Or Zeynep (2009) « 7. Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé ? », In Pierre-Louis Bras et al. *Traité d'économie et de gestion de la santé* Presses de Sciences Po « Hors collection », 2009 p. 75-82

¹⁷⁹ L'ambulatoire est une « pratique avant tout centrée sur les patients. La chirurgie ambulatoire recouvre l'hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit. Ainsi, elle comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même de son admission. La chirurgie ambulatoire ne peut donc être réalisée au sein d'un cabinet médical ». L'archétype de ce type d'intervention est la chirurgie des yeux, comme la cataracte. Mais c'est aussi le cas dans les maternités, en ORL, en chirurgie vasculaire ou en chirurgie orthopédique. En France, la prise en charge en ambulatoire représente environ 40 % de l'activité hospitalière en 2013. [Ministère de la Santé](#)

¹⁸⁰ Nous avons mené (en 2014), dans un contexte différent, une étude comparative sur l'ambulatoire. Il s'agissait de répondre à la question suivante : Comment réduire le nombre de lits d'hospitalisation traditionnelle, redéployer les ressources et développer la chirurgie ambulatoire pour se hisser au niveau des autres pays développés ? Au-delà des comparaisons « simplistes » de données macroscopiques, nous avons évalué, dans un premier temps, le bien-fondé de certaines comparaisons menées, les agrégats de données venant de systèmes utilisant des référentiels, mais aussi des règles de gestion, différents. Nous avons constaté aussi que, à l'instar d'autres pays, « développer l'ambulatoire » sous-entend une réforme structurelle de fond, réforme à laquelle tous les acteurs, administratifs, médecins, paramédicaux, acteurs du social, mais aussi patients et tutelles ne semblent pas préparés. Quand ils ne font pas montre d'une opposition farouche à tout changement qui viendrait modifier leur champ d'action ou l'idée qu'ils se font du système de santé, de la nécessaire pérennité des institutions qu'ils ont créées, de la médecine en général ou de l'hôpital, de la santé ou du soin en particulier, mais aussi du partage possible des informations qu'ils possèdent avec un sens du secret parfois soigneusement entretenu, à tous les niveaux.

classiquement à se situer dans la troisième acception du terme.¹⁸¹ » Sans prétendre étudier l'action publique, notre approche s'inscrit plus ou moins dans cette dernière acception.

Cette approche comparative, d'*evidence-based-policy*¹⁸², fait l'objet de critiques¹⁸³, à la fois pour son côté artificiel, en raison des différences importantes d'un pays à l'autre, mais aussi en raison du recours systématique à ces comparaisons par le biais de rapports multiples pour justifier toutes les décisions, en premier lieu en santé, et dans ce contexte, de la nécessité de l'usage des TIC, voire de la structuration (de l'uniformisation) des systèmes d'information liés à la santé... Et orienter les comportements professionnels par ces usages.

Hsiao (2003) présente différentes facettes (contextes) grâce auxquelles il est possible d'aborder le système de santé et en décline les avantages et les inconvénients. Selon son approche, les systèmes de santé, comme les autres systèmes socio-économiques, évoluent dans un contexte historique, culturel, géographique et politique unique. Néanmoins, chaque système est structuré par les actions ou les non-actions de l'État pour servir certaines finalités sociales. Le système existe et évolue pour répondre aux besoins et aux demandes de la société. En appliquant les paradigmes traditionnels de l'économie industrielle, l'auteur émet l'hypothèse que les composants structurels¹⁸⁴ du système affectent le comportement des individus et des entreprises dans ce système, et que leur comportement et leurs interactions déterminent les résultats observés. En relation avec cette approche, un système de santé est un ensemble de relations dans lequel les moyens (c'est-à-dire ses composants structurels) sont causalement reliés aux fins (c'est-à-dire les objectifs définis.). Cette approche est complémentaire de celle de Burton Weisbrod par exemple (incidence économique des politiques de santé).

Hsiao se propose alors d'analyser les buts et les composants structurels d'un système de santé. Si cette analyse dépasse le cadre de notre démarche, l'auteur y évoque aussi, en lien avec notre problématique, les problèmes dérivés de communication entre les différents prestataires de santé. En fonction du mode d'organisation choisi, notamment lorsque les différents niveaux, la prévention, les soins primaires, secondaires et tertiaires sont peu ou pas intégrés¹⁸⁵, il s'en suit une fragmentation des acteurs qui font que, bien souvent, les différents éléments de diagnostic et les examens complémentaires sont réalisés plusieurs fois au sein, et entre chacun des niveaux, et sont répartis en autant de « dossiers ». De plus, chaque niveau « ignorant » ce qui a déjà été fait pour le patient, cela peut induire des lacunes dans les services offerts, des retards ou des erreurs, parfois mortelles, dans les traitements. Le renforcement des collaborations, la communication ou le partage d'information sont l'un des objectifs poursuivis par les différents plans de santé en France, objectif réaffirmé en 2013 par la ministre de la Santé dans la Stratégie nationale de santé (SNS).

¹⁸¹ Levêque Audrey (2008) « Chapitre 2. La sociologie de l'action publique », in *Épistémologie de la sociologie*, Bruxelles, De Boeck Supérieur, « Ouvertures sociologiques »

¹⁸² En référence à la notion d'*Evidence-based medicine - the EBM*, incorrectement traduite en France par la *Médecine basée sur les preuves*. Voir Laurent Catherine, Baudry Jacques, Berriet-Sollicec Marielle, Kirsch Marc, Perraud Daniel, Tinel Bruno, Trouvé Aurélie, Allsopp Nicky, Bonnafous Patrick, Burel Françoise, Carneiro Maria José, Giraud Christophe, Labarthe Pierre, Matose Frank, Ricroch Agnès (2009) « [Pourquoi s'intéresser à la notion d' "evidence-based policy" ?](#) », *Revue Tiers Monde*, n° 200 – 4/2009, p. 853-873.

¹⁸³ Guigner Sébastien (2013) « Gouverner par la comparaison : usages et mésusages des comparaisons internationales des systèmes de santé », *Quaderni*, n° 82, automne 2013

¹⁸⁴ On retrouve cette déclinaison, avec différentes variations, dans une grande partie des approches (socio) économiques ou (socio) politiques liées à la santé, que ce soit au travers des rapports d'études ou des publications scientifiques. Cette approche vient souvent étayer les déclinaisons des politiques de santé qui, indépendamment des alternances politiques, affichent une certaine continuité. Les TIC y occupent généralement une place positive, leur intégration ou leur acceptation passant souvent en second plan. Le poids et la place des différents lobbies ou des Think-Tanks sont aussi particulièrement importants.

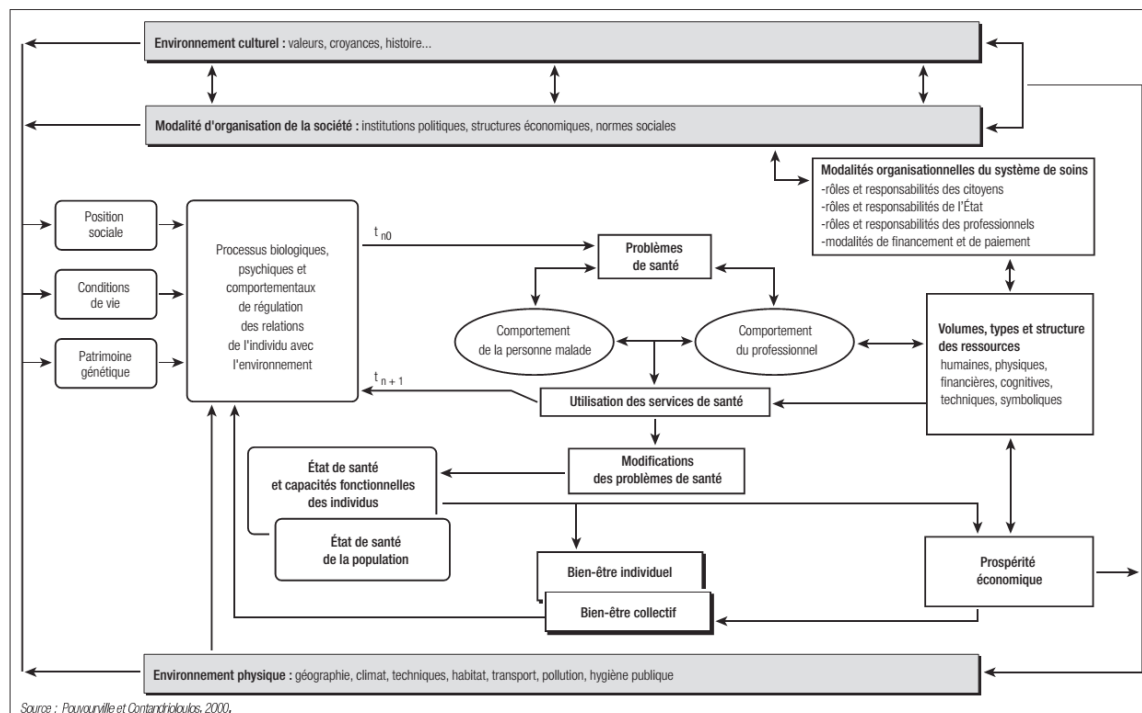
¹⁸⁵ Les systèmes intégrés sont en général présents dans les systèmes dits systèmes libéraux de santé comme aux États-Unis (les HMO. Kayser Permanente est l'archétype de ce type d'organisation) ou en Israël par exemple.

En complément des tentatives de schématisation des déterminants de la santé ou des cadres modèles de systèmes de santé, il existe de nombreux schémas tentant de représenter ce que peut être un système de santé. Ces illustrations évoluent avec le temps et les connaissances, et elles dépendent des points de vue ou de l'appréciation du système ou de la dynamique observés. Elles offrent aussi l'avantage d'entraîner à percevoir les challenges auxquels communication et systèmes d'information sont confrontés.

La représentation proposée par De Pourville¹⁸⁶ par exemple (voir ci-après) permet de mettre en relation une partie des éléments structuraux évoqués précédemment, les différents déterminants de santé et les grands objectifs vers lesquels le système de santé doit tendre, en relation ou en interaction avec un environnement complexe.

Figure 5 : Une approche du système de santé

Figure 1 : Le système de santé



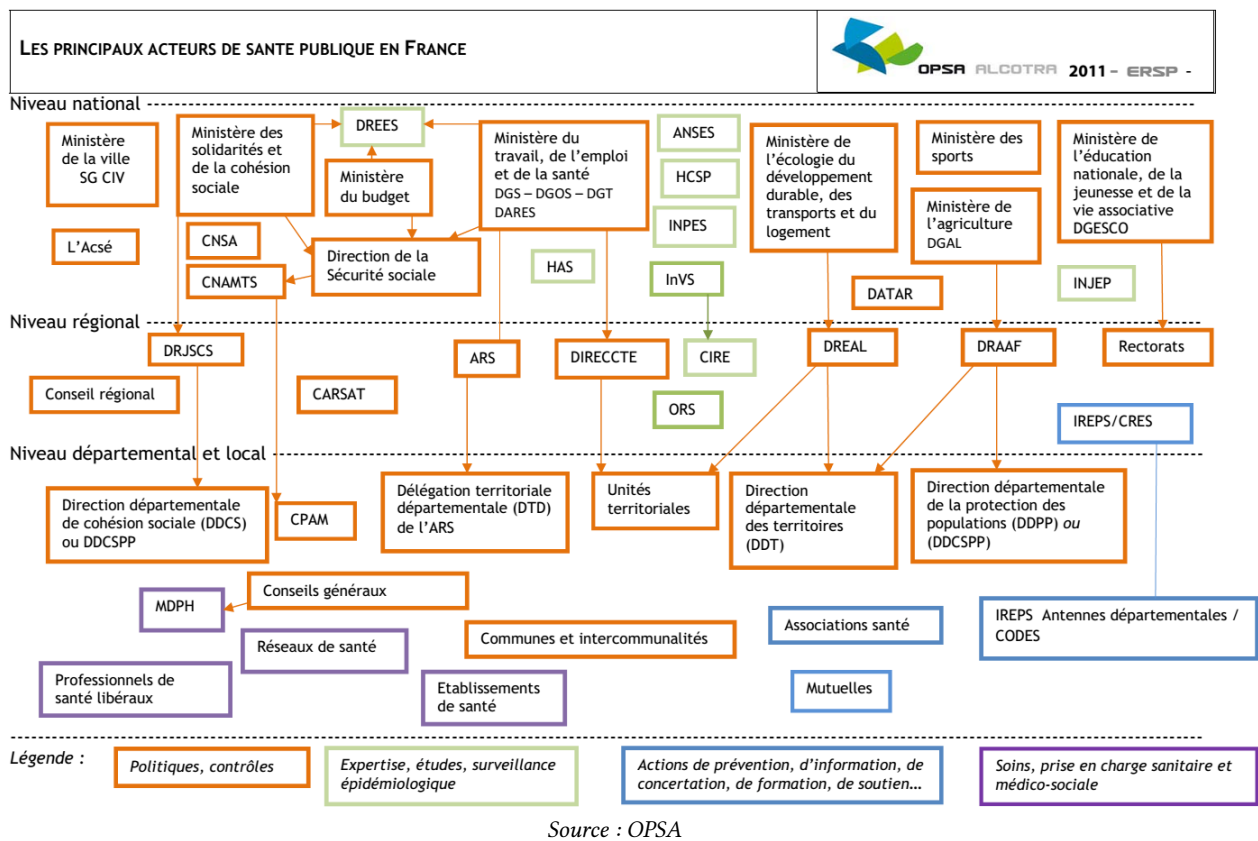
Source : Pourville et Contandriopoulos, 2000.

Source : *Traité d'économie et de gestion de la santé*

D'autres représentations sont possibles. Le point de vue d'autres pays sur notre propre système est intéressant. Si l'Italie partage un certain nombre de points communs avec notre système de santé, sa vision du système français par le truchement des acteurs intervenant directement ou indirectement dans la santé publique et les politiques associées est intéressante, chacun ayant besoin de données ou d'informations différentes pour sa gestion ou sa politique propre.

¹⁸⁶ De Pourville Gérard (2009) « [1. L'économie de la santé : périmètre et questions de recherche](#) », in *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Hors collection ».

Figure 6 : Les acteurs du système de santé en France vu de l'Italie



Ces représentations ne doivent pas faire oublier que d'autres acteurs (ou organisations) exercent une « influence indirecte » sur ce système. De façon non exhaustive, ce sont, au plan national, les syndicats de salariés, patronaux et de professionnels, les deux premiers intervenant, entre autres, dans la gestion paritaire des assurances sociales depuis 1945, le troisième dans la conclusion de conventions avec l'Assurance maladie pour les libéraux conventionnés, les ordres auxquels les professionnels sont rattachés, les syndicats et les associations de professionnels, les associations de patients (plus de 14 000 en 2015)... Mais aussi la recherche, qu'elle soit médicale, relevant des sciences humaines et sociales, de la gestion... Ces différents acteurs se déclinent aussi aux échelons régionaux, départementaux et locaux, et se complètent des acteurs politiques à chacun de ces niveaux qui interviennent dans tout ou partie des trois secteurs, le sanitaire, le social et le médico-social.

Les acteurs externes au territoire national, acteurs européens ou internationaux, doivent aussi être mentionnés, car ils exercent une influence directe ou indirecte sur les acteurs « internes » (nationaux). Ce sont, par exemple, l'Union européenne par la définition de normes, de réglementation (homologations...) ou d'actions communautaires dans le domaine des soins et de la santé et des services associés (coopérations¹⁸⁷) ou en matière d'informatisation de la santé, les associations de professionnels (WONCA...) ou de patients, l'OMS, l'OIT, l'ISO... (Voir la Figure 34 : Le système d'ensemble, multi-niveaux, inspiré par la TNI, page 180.)

Au regard de ce paysage, il est assez aisé de comprendre que les besoins, les enjeux et les formes de la communication vont dépendre fortement des acteurs concernés. Dans les schémas précédents, il manque cependant un certain nombre d'interrelations. Nous proposons de matérialiser celles-ci de façon macroscopique dans le schéma proposé

¹⁸⁷ Commission européenne (2007) « Livre blanc. Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013 » Commission des communautés européennes

page 65 , en nous limitant aux principaux acteurs. En fonction du niveau auquel on se situe et de son rôle dans le système, la communication, les informations nécessaires aux actions, aux orientations ou aux décisions de chaque acteur, leur granularité, leur disponibilité et leur partage varient fortement.

Dans le contexte français, depuis 1996 les dépenses de santé sont définies par un processus budgétaire soumis au vote du Parlement. Il conditionne les ressources financières qui seront mises à disposition des différents acteurs, par le biais du système de protection sociale. Il s'agit alors, dans un contexte économique contraint, d'assurer à la fois le financement de la réponse aux besoins exprimés par les patients pour leur santé, mais aussi des structures qui les prennent en charge et de déterminer comment répartir ces financements entre ces partenaires multiples. Pour ce faire, les remontées d'informations sont indispensables, les décisions étant prises *ex post*.

Il est alors possible de définir 3 grands rôles¹⁸⁸ dans notre système de santé :

- Le « financeur ». Principalement l'État et les acteurs institutionnels associés, dont leur rôle de régulation (dont la planification et l'organisation de l'offre et des prestations sanitaires et sociales), de collecte et de redistribution, mais aussi les différents organismes régionaux ou locaux de financement. Le rôle principal de l'État, dont le ministère de la Santé est l'un des intermédiaires, est de :
 - Définir les politiques générales de santé publique concernant la prévention, la veille sanitaire et la lutte contre les maladies (dont les différents plans, cancer, Alzheimer...) et les dépendances ;
 - Organiser et superviser l'ensemble du système de santé et des organismes de soins ;
 - Former les professionnels de santé et accréditer les établissements de santé ;
 - Apporter un soutien financier aux investissements des établissements de santé et fixer leur budget de fonctionnement ;
 - Encadrer les organismes d'assurance maladie et en assurer la tutelle.

Pour ce faire, l'État s'appuie sur :

- Le Parlement qui détient, depuis 1996, la compétence pour définir chaque année l'enveloppe et les objectifs de dépenses : c'est l'ONDAM défini dans la Loi annuelle de financement de la sécurité sociale (LFSS).
- Le gouvernement, qui prépare le projet de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et qui s'appuie sur 7 administrations principales (en 2015) :
 - La direction générale de la santé (DGS), chargée d'élaborer et de mettre en œuvre la politique relative à la prévention, à l'environnement sanitaire, à la maternité, à l'enfance et aux actions spécifiques de santé, à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à l'organisation et à la formation des professions médicales et paramédicales ;

¹⁸⁸ Il existe de nombreux découpages possibles. La « mode » est de placer le patient et son entourage au centre du système. Nous considérons qu'il s'agit là d'une vue de l'esprit, le patient étant très souvent le « motif » d'actions qui lui échappent plus ou moins. Bien des patients souhaiteraient être « à côté » plutôt « qu'au centre » (verbatim des Universités d'été de l'ANAP 2015). Certains éléments détaillés (rôles) de notre représentation et analyse proviennent du site Internet du ministère de la Santé, de la Direction de l'information légale et administrative (site Internet « [Vie Publique](#) »), de l'EHESP (2015) « Comprendre le système de santé en quelques clics », [site Internet](#) et de Gobert Corinne (2013) « [Une classification des acteurs du système de santé français](#) », [site Internet](#)

- La direction générale de l'offre de soins (DGOS depuis 2010¹⁸⁹), chargée de programmer l'offre de soins et les investissements hospitaliers, de gérer les statuts et la formation des personnels hospitaliers ainsi que l'organisation des établissements hospitaliers.
- La direction de la sécurité sociale (DSS), chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique relative à la Sécurité sociale (l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, la retraite, la famille, la dépendance). Elle assure la tutelle (financement et gouvernance) des organismes de la sécurité sociale.
- La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) s'occupe des questions sanitaires et sociales spécifiques comme le handicap, les personnes âgées et les populations précaires.
- Le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). Il assure les fonctions supports au service des politiques sociales, de santé, de jeunesse, de sport, de travail et de l'emploi.
- L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) assure une mission de contrôle et d'évaluation de mise en œuvre de l'ensemble des politiques publiques dans le domaine de la santé, de la protection et l'action sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.
- La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle a pour objectifs de doter ses ministères de tutelle, les services déconcentrés ainsi que les établissements, organismes et agences gravitant dans leur orbite, d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation sur leur action et leur environnement.
- D'autres acteurs disposent de compétences dans le champ de la santé publique comme, au niveau national, le Haut conseil de la santé publique (HSCP), le Comité national de santé publique (CNSP), la Conférence nationale de santé (CNS), au niveau régional, les Agences régionales de santé (ARS) et, au niveau local, les délégations territoriales des ARS et les collectivités locales.
- Différentes agences (sanitaires ou sociales) viennent compléter ce paysage. Elles sont généralement spécialisées sur une thématique particulière et sont présentées ci-après de façon non exhaustive¹⁹⁰. Concernant les pratiques, dont la communication, la Haute autorité de santé (HAS) joue un rôle particulier. La partie « technique » dédiée aux systèmes d'information est, pour partie gérée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH, en lien avec le PMSI et la T2A) et l'Agence des systèmes d'information partagés (ASIP). L'Agence nationale de l'appui à la performance (ANAP) a pour charge de déployer la stratégie décidée par le ministère de la Santé. Ces trois agences ont une orientation principalement hospitalière avec une extension médico-sociale. Citons aussi la CNSA pour les dépendances et le handicap (champ social).
- L'assureur (« Le payeur »). Les assurances maladie obligatoires (15 régimes en France [dont les régimes « spéciaux », temporaires depuis 1945], représentés par

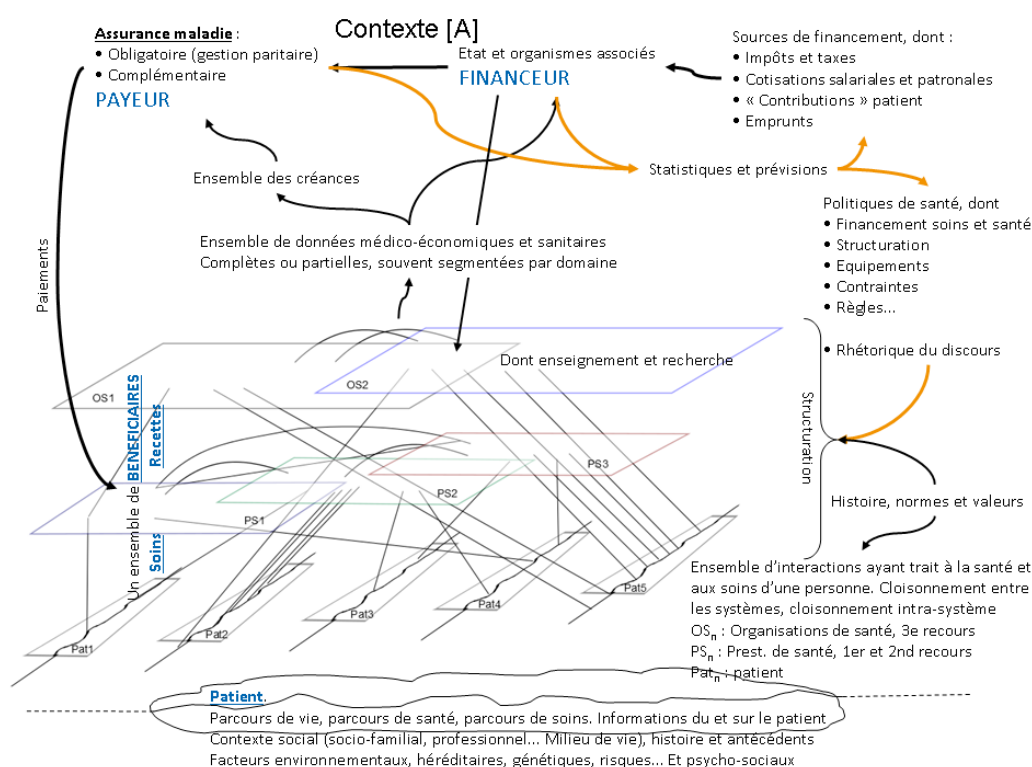
¹⁸⁹ Son rôle a été modifié par la loi HPST. Elle fait suite à l'ancienne Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) qui avait été elle-même précédée par la Direction de l'hospitalisation (DH). Avec la création des ARS, elle voit son champ de compétences largement se modifier dans la gouvernance du système de santé, avec une approche globale de l'offre de soins, intégrant tant la ville que l'hôpital. Elle passe aussi d'une logique d'expertise à une logique de pilotage stratégique, de contrôle, d'évaluation et d'animation.

¹⁹⁰ Voir le rapport de la Cour des comptes (2015) « La Sécurité Sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », Cour des comptes, septembre 2015, disponible sur le [site Internet](#) de la Cour des comptes, p. 219 et suiv.

122 organismes en intégrant les « délégations de gestion »¹⁹¹) et les assurances complémentaires à but lucratif ou non. Elles assurent la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais de santé en complément ou en supplément des prestations couvertes par l'Assurance maladie obligatoire. Elles sont représentées par environ 600¹⁹² organismes correspondant à la définition du Livre II du Code de la Mutualité. Ils se complètent des organismes de prévoyance (46 organismes régis par le Code de la Sécurité sociale) et les assurances privées (329 sociétés régies par le Code des assurances). Le tout représente environ 1 000 organismes différents en 2014, sans compter les différentes délégations régionales ou départementales pour certains.

- Les bénéficiaires sont :
 - Les patients, au travers de la prise en charge de leurs besoins de santé, mais aussi,
 - Les établissements de santé, publics, para publics ou privés (financement et recettes [production]) ;
 - Et les professionnels de santé libéraux, médicaux, paramédicaux et sociaux (revenus [et production]).

Figure 7 : Les interrelations par grands rôles



Ce découpage et le schéma qui en résultent diffèrent légèrement du modèle de Launois présenté précédemment ou de celui d'Evans (1981, Op. cit. le modèle des acteurs) qui identifie 4 grands types d'acteurs du système de santé :

- La population « servie » ;
- Les fournisseurs de soins ;

¹⁹¹ Source : CNAM

¹⁹² Montaut 2015, Op. cit. Les coûts de gestion, rapportés aux prestations versées, sont de 23 % pour les mutuelles et de 30 % pour les sociétés d'assurance. Bien que le nombre de « mutuelles » ait été pratiquement divisé par 2 depuis 2006, leurs coûts de gestion du système de santé ont augmenté de 80 %.

- Les payeurs (autres que l'État) ;
- Et le gouvernement, en tant que régulateur.

Tous les acteurs n'ont pas la même influence ni les mêmes préoccupations au sein de ce système. Dans notre schéma précédent, leur influence va « décroissant », du haut vers le bas, en relation avec les besoins en informations, notamment pour la gestion et l'aide à la décision, et va croissant, du bas vers le haut, « l'asymétrie d'information » (de façon non exhaustive, Rochaix [1997¹⁹³] et la théorie des contrats, Barile [2014¹⁹⁴] et l'approche des systèmes viables) variant d'un niveau à l'autre. Les organisations « autres » exerçant une influence sur ce système ne sont pas mentionnées. Ce sont, par exemple, les différents ordres ou associations, de patients, de professionnels, les syndicats (syndicat, patronat, professionnels)...

Ainsi, Contandriopoulos (2008¹⁹⁵) distingue lui quatre autres groupes d'acteurs :

- Les professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes...) valorisent la logique professionnelle ;
- Les gestionnaires (payeurs, évaluateurs, fonctionnaires...) fondent leurs décisions sur la logique technocratique, sur la rationalité formelle ;
- Le monde marchand (sociétés pharmaceutiques, assurances, groupes financiers impliqués dans l'offre de soins...) affirme la supériorité de la logique marchande ;
- Et, finalement, le monde politique (les élus, les représentants légitimes de groupes constitués...) revendique la primauté de la logique démocratique.

Et il nous rappelle que « *Le pouvoir de chacun de ces quatre groupes d'acteurs repose sur sa capacité de convaincre l'ensemble des acteurs sociaux qu'il parle et agit au nom et dans l'intérêt de la population. Cet effort se manifeste par les mots utilisés. Ainsi, les professionnels de la santé parlent des "patients" et, plus généralement, des "malades" ; les gestionnaires parlent des "usagers", des "bénéficiaires" ou des "assurés" ; le monde marchand utilise les termes "consommateurs", "ménages" ou "clients" ; l'État se réfère aux "citoyens", aux "électeurs", aux "contribuables" ou au "public" en général. Plus un groupe d'acteurs peut parler en toute légitimité au nom de la population, plus la logique de régulation qu'il valorise aura de poids dans les décisions collectives.* » Notons qu'il ne considère pas les principaux bénéficiaires du système de santé, nous les appellerons les patients, qui exercent une influence non négligeable, soit indirectement, dans la gestion paritaire des assurances sociales ou par l'intermédiaire d'associations ad hoc, mais aussi dans leurs actions ou leurs non-actions pour leur santé ou celle de leurs proches.

Nous avons volontairement regroupé sous le terme de bénéficiaires les 2 premiers acteurs décrits par Evans, ce en relation avec notre schéma et notre domaine d'intervention. Les fournisseurs de soins sont aussi les principaux fournisseurs d'informations cliniques, diagnostiques, administratives ou de gestion, tant pour leurs besoins propres que pour ceux des organisations avec lesquelles ils sont en relations (dont les tutelles ou les acteurs avec lesquels ils collaborent). La population « servie » est la première concernée par les informations concernant ses soins et sa santé. Elle est aussi l'un des principaux vecteurs de communication, mais également un levier du changement...

Cette structuration nous permet d'introduire notre schéma (simplifié ci-après, détaillé dans le chapitre 6.5 Notre approche, une vue générale, page 183) qui met l'accent sur le domaine

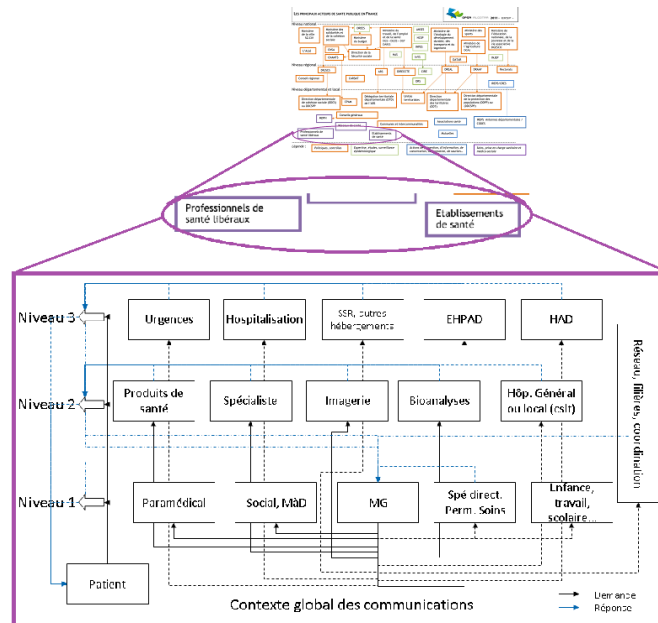
¹⁹³ Rochaix Lise (1997) « Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », In : *Économie & prévision*, n° 129-130, Nouvelles approches micro-économiques de la santé, p. 11-24.

¹⁹⁴ Barile Sergio, Saviano Marialuisa, Polese Francesco (2014) "Information asymmetry and co-creation in healthcare services" *Australasian Marketing Journal* n° 22, pp. 205-217

¹⁹⁵ Contandriopoulos André-Pierre (2008) « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. », *Santé Publique*, Vol. 20, p. 191-199

de communication au centre de notre recherche : la communication entre professionnels de santé, dans le contexte des parcours du patient (il se limite à deux acteurs en violet de la Figure 7 page 62 : Les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé).

Figure 8 : Les limites de notre domaine d'étude



2.3 En résumé

Le système de santé joue un rôle particulièrement important dans l'amélioration de la santé. Décliner ses différentes représentations reste une gageure, celles-ci dépendant de l'angle de vue adopté, économie, gestion, sociologie, politique... ou du niveau auquel l'observateur se place et de ses centres d'intérêt. Dans cet environnement, informations et communications sont nécessaires à la fois à son fonctionnement courant, ses échanges, paiements, rémunérations, investissements, etc., mais aussi à la préparation et la formation des politiques nécessaires à ses orientations, sa gestion, son évolution, tout en permettant d'en assurer la pérennité.

Tenter de définir un cadre partagé de définition, d'analyse et d'illustration des systèmes de santé reste particulièrement compliqué. Les systèmes d'information et TIC y jouent une place particulière, tout comme la communication, cet ensemble de concepts ayant un rôle et une acception différents en fonction du niveau auquel l'observateur se place et du ou des systèmes auxquels ils s'intéressent.

Si, d'un point de vue macroscopique, les données sont majoritairement utilisées à des fins d'évaluation et de comparaison, sur le « terrain », elles sont nécessaires et sont le matériau de base de la communication entre les acteurs chargés des soins et de la santé. Ainsi, dans notre schéma présenté dans le chapitre 6.5 Notre approche, une vue générale, page 183, « nous ne nous intéresserons » qu'aux acteurs des soins et de la santé des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Avant d'aborder les notions de système et de préciser notre démarche, il est nécessaire d'apporter un éclairage sur les principaux acteurs de ce système (en dehors des patients ou de leur entourage) : les professionnels de santé. C'est l'objet du chapitre suivant.

3. Professionnels de santé

Aborder la santé, les soins et la communication associée ne peut se faire sans parler des professionnels médicaux, paramédicaux ou sociaux qui y sont associés. Si la médecine est une profession, ce sont aussi des métiers très différents. Il existe une grande disparité d'acteurs, de l'exercice de médecin généraliste libéral en monde rural au Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (PU-PH) dans un CHU d'une grande métropole, sans parler des multiples spécialités, tous ces acteurs répondants à la définition sociologique de profession. Pour les sociologues, une profession est « *une institution sociale visant à garantir l'autonomie d'un groupe d'individus par rapport à l'État et à des organisations économiques (comme des entreprises)*¹⁹⁶ ». L'approche fonctionnaliste de T. Parsons distingue l'occupation de la profession, cette dernière jouant un rôle positif dans le bien-être des individus, par la différence entre « l'égoïsme » de l'occupation et « l'altruisme » de la profession. Ainsi, la profession se voit donc récompensée et protégée pour cela par une forte autonomie. Parsons définit la profession comme « *toute occupation dont l'exercice requiert une longue préparation faite principalement d'études, théoriques ou appliquées, et de stages cliniques sous différentes formes. La profession est l'application à des fins utiles d'un secteur particulier du réservoir culturel ; c'est pourquoi la pratique d'une profession est généralement soumise à une réglementation particulière sous l'autorité d'une corporation ou d'une organisation* ». Sur une échelle d'autonomie, de prestige et de revenu, les occupations sont « inférieures » aux professions¹⁹⁷. En miroir, il définit aussi le « rôle de malade », il attend des soins, un rôle asymétrique par rapport au médecin qui a un rôle actif dans la résolution du problème. En 1958 les psychiatres Szasz et Hollander complètent la théorie de Parsons, en décrivant 3 rôles : le type 1 : l'activité (médecin)/la passivité (patient), généralement dans des situations comme les urgences ou la chirurgie, le type 2 : la coopération mutuelle, généralement dans les situations aiguës et le type 3 : la participation mutuelle fréquemment rencontrée dans les maladies chroniques ou dans toutes les situations où le patient est en capacité de prendre en charge et d'assurer son traitement. Il ne s'agit pas ici de guérir, mais d'assurer un équilibre entre la maladie et le maintien de la personne dans son contexte social (et socioprofessionnel).

On retrouve différents traits de cette description dans l'approche sociologique critique du fonctionnalisme du métier de Parsons *versus* la profession de médecin par E. Freidson¹⁹⁸. Baszanger (1996¹⁹⁹) indique que « ... pour Freidson, diagnostic et traitement, actes fondamentaux de la pratique médicale, sont le résultat d'une " construction professionnelle de la maladie " et non l'application mécanique de la science médicale. L'activité médicale tend inlassablement à construire de nouvelles règles et à définir de nouveaux objets : " La profession médicale utilise des critères normatifs pour sélectionner ce qui l'intéresse et ce travail constitue une réalité sociale qui est distincte de la réalité physique " ». C'est aussi par l'autonomie technique, au cœur de l'autorité de la médecine mise en avant par Freidson, que s'exerce la possibilité (et le devoir) de contrôle qu'elle présuppose sur tous les métiers paramédicaux (les professions ancillaires, au sens du Code de la santé publique), voire sociaux. L'exercice de ce contrôle institue donc la médecine comme une profession dominante. L'approche

¹⁹⁶ Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier (2010) « Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale », Presses de l'EHESP.

¹⁹⁷ Cette approche est contestée notamment par les sociologues de l'école de Chicago comme Everett Hughes. Béraud Céline (2010) « Professions », In Paugam Serge (dir.), *les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? »

¹⁹⁸ Gil (2012) « [Auteurs : Eliot FREIDSON \(1923-2005\)](#) », Le Conflit, site Internet.

¹⁹⁹ Baszanger Isabelle (1986) « Les maladies chroniques et leur ordre négocié » In : *Revue française de sociologie*, n° 27-1. p. 6. Complété de Sarradon-Eck Aline (2002) « La rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social. », *La revue du praticien, Médecine Générale*, vol 16, pp. 938-943.

interactionniste de Freidson montre aussi que le modèle de la relation et le type d'autorité du médecin sont orientés par le statut social du malade, par l'existence de barrières sociales ou culturelles, par le cadre institutionnel de la rencontre et par le type de formation du médecin. Ces dimensions se retrouvent dans les travaux de Feuillet (2013²⁰⁰) relatifs aux motifs qui incitent un patient à quitter son médecin. Enfin, Freidson, en lien avec les travaux de Foucault, va imposer un modèle *conflictuel* de la relation médecin-malade dans lequel la médecine est une entreprise morale et un instrument de contrôle social et de reproduction des pouvoirs. Cependant, il met aussi en avant le rôle *d'acteur* du malade dans sa prise en charge et celui de la négociation pour arriver à recomposer et à maintenir un certain ordre social, la maladie étant pensée comme un changement social, un désordre.

Ces caractéristiques ont une influence non négligeable sur l'appréciation des TIC en santé et de la communication, tant au sein « de la profession » que vers des professionnels « hors profession », surtout quand ces TIC sont perçues comme « imposées ».

Dès lors, en fonction du point de vue, interne ou externe à ces professions, voire à la spécialité ou la forme d'exercice, chacun regarde son contexte, son environnement, son écosystème en fonction de son filtre ou du filtre du groupe auquel il appartient ou auquel il s'identifie et de ce qu'il est à même de communiquer ou de partager. Il est possible de faire une réflexion similaire à propos de la notion de système d'information et du choix de la définition en fonction du positionnement et de la stratégie de ses acteurs et de l'idée qu'ils se font de « leur occupation ».

D'autre part, comme dans les contextes critiques (du soin ou de la santé), chaque « groupe professionnel » a sa propre approche des problèmes sous-jacents et de celle de la relation à ses partenaires, au patient ou à son entourage²⁰¹. Fainzang (2006²⁰²), par exemple, conclut « *le mensonge, auparavant défini à la fois comme "dissimulation d'une parole vraie et production d'une autre parole fausse", est donc produit aussi bien par les médecins que par les patients [il est] partie intégrante des relations thérapeutiques comme de toutes les relations sociales* ». D'autres auteurs matérialisent par le triangle dramatique où médecin, soignant et patient changent de rôle, persécuteur, sauveur et victime, en fonction de leur point de vue et du moment. Cette relation thérapeutique est aussi une relation sociale, c'est-à-dire, de façon singulière, une rencontre entre deux acteurs (le patient et la « mise en intrigue de sa maladie », et le médecin et son approche « rationnelle »), tous deux membres de groupes sociaux divers et qui sont engagés dans une action normalement réciproque (le soin). À partir du moment où le soin et la santé mettent en action des relations plurielles, le sens donné à la communication et aux outils qui peuvent la servir varie fortement.

Nous emploierons dans notre document le terme de professionnel de santé pour désigner l'ensemble des personnes ou des organisations susceptibles d'intervenir et de prendre part, de façon directe ou indirecte, à la prise en charge d'un patient. Néanmoins, l'exercice des professions de santé est en relation avec un corpus de lois et règlements important auquel il est généralement fait référence, notamment dans la notion de communication au sens d'échange ou de partage d'informations. Nous n'évoquerons pas ici l'influence exercée par les différents représentants de ces professionnels, ordres, syndicats et associations.

²⁰⁰ Feuillet Anaïs (2013) « Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de patients d'Eure-et-Loir », Thèse pour le doctorat en médecine, faculté de Tours

²⁰¹ Voir, par exemple, Paillet Anne (2009) « 29. [Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical](#) », Sociologie des groupes professionnels, Paris, La Découverte, « Recherches », 2009, 466 pages. Fainzang Sylvie (2006) « La relation médecins-malades : information et mensonge », Paris, Presses Universitaires de France. Fainzang Sylvie (2015) "The Anthropology of Lying: Information in the Doctor-Patient Relationship" Ashgate

²⁰² Fainzang Sylvie (2006) « La relation médecins-malades : information et mensonge », Paris, PUF

3.1 Une appellation « simple »

Les professionnels de santé (au sens du Code de la santé publique) représentent, en 2014, 1 175 500 personnes réparties comme suit²⁰³ :

- Professions médicales et pharmaceutiques : 355 390 personnes ;
- Auxiliaires médicaux : 820 110 personnes.

Ces chiffres globaux ne doivent pas cacher une grande disparité entre les fonctions, rôles et statuts, ou d'organisations (au sens de contexte d'exercice de la profession, notamment libérale²⁰⁴), de répartition sectorielle (en France, il y a une distinction entre les secteurs sanitaire, médico-social et social), de démographie²⁰⁵, de répartition géographique²⁰⁶ ou de lieu d'exercice (lieu unique ou lieux multiples) et de démographie. Ainsi, pour la médecine, mais aussi pour les paramédicaux, il est possible d'apprécier ces professions par leur mode d'exercice principal, activité salariée (Hôpital public, Hôpital privé ou assimilé, Institutions [au sens large du terme], Cliniques privées, Médecine du travail, Médecine scolaire, Médecine de caisses d'Assurance maladie obligatoire ou complémentaire...) ou libérale (cabinet individuel, de groupe, en clinique, remplacements, collaboration salariée ou libérale...) avec une porosité entre ces deux modes principaux d'exercice. Les réseaux de santé ou les filières de soin représentent une forme spécifique d'exercice répondant à une réglementation particulière et mettant souvent en œuvre des systèmes techniques singuliers (dossiers partagés et systèmes de communications totalement ou partiellement informatisés, de façon « centralisée » au sein du réseau, d'un groupement de réseau, d'une région, répartie ou « manuelle », au domicile du patient). Dans leurs principes, ils reposent sur un mode d'organisation pouvant s'apparenter à celui des hôpitaux (contexte fermé), contraintes structurelles en moins.

Note : Les références aux articles du Code la Santé publique et les informations associées sont celles du code en vigueur au 20/06/2015. Elles ne prennent pas en compte les modifications qui pourraient survenir après cette date, dont celles liées à la mise en œuvre de la Loi de santé votée en première lecture par le Parlement en avril 2015 (57 articles). Le vote de la loi le 1er décembre 2015 reprend pratiquement l'intégralité du projet initial après deux navettes. La loi comprend maintenant 227 articles.

Les interrelations entre ces différents professionnels sont régies par le Code de la santé publique (Articles [L4011-1](#) à L4011-3) et les codes de déontologie des ordres concernés, dont

²⁰³ Ces chiffres diffèrent de ceux rendus publics en juillet 2015 par la DGOS (DGOS [2015] « Les chiffres clés de l'offre de soins », DGOS, ministère de la Santé, Édition de juillet 2015). Ces variations s'expliquent par la notion de professionnels de santé. Nous avons retenu la définition du Code de la santé Publique et utilisé les chiffres fournis par la DREES. Voir ci-après.

²⁰⁴ Il existe différentes formes d'exercice libéral. Si l'exercice en « solitaire », en cabinet, reste fréquent, d'autres formes juridiques existent. Elles permettent le regroupement en un même lieu de plusieurs professionnels de santé. Ce sont les maisons ou pôles de santé avec différents statuts juridiques : Société civile de moyens – SCM, Société civile immobilière – SCI, Société civile professionnelle, avec ou sans partage d'honoraire – SCP, Société d'exercice libéral – SEL, Société interprofessionnelle de soins ambulatoires – SISA, ou association. Le statut d'exercice conditionne souvent les outils mis en œuvre. Dans un contexte « concurrentiel », praticien isolé, SCM, SCI, SEL, etc., le dossier professionnel reste souvent peu ou pas partagé. Dans certains cas, les praticiens peuvent être associés et employer d'autres collaborateurs ayant statut de salariés. Les maisons et pôles de santé doivent déposer un projet médical à l'ARS pour être constitués. Les 1 500 Centres de santé (loi du 8 juillet 1991) sont des structures de professionnels salariés (médicaux, paramédicaux et éventuellement sociaux) gérés par des organismes à but non lucratif. Depla Pierre, Thévenot Jean (2013) « [Les différents modes d'exercice de la médecine](#) », Commission ordinale de communication, Ordre des médecins.

²⁰⁵ Voir à ce titre les publications de la DREES : [La démographie des médecins](#) (16 avril 2015) et [la démographie des professionnels de santé](#) (8 avril 2015) ou l'Atlas du CNOM actualisé annuellement. Bouet Patrick, Rault Jean-François, Le Breton-Lerouvillois Gwénaëlle (2015) « Atlas de la démographie médicale », CNOM.

²⁰⁶ Barlet Muriel (DREES), Magali Coldefy (IRDES), Clémentine Collin (DREES), Véronique Lucas-Gabrielli (IRDES) (2012) « [L'accessibilité potentielle localisée \(APL\) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux](#) », DREES IRDES, série Études et résultats n° 795, mars 2012 (actualisé le 05/06/2013). Le site [Internet](#) proposant les données de la DREES permet d'accéder à ces différentes données, limitées à 2010 au 30/06/2015.

le Code de déontologie de l'Ordre des médecins dont une partie des articles est portée dans le Code de la santé publique depuis 1945.

En 2014, les professions dites de santé (professions médicales, pharmaceutiques et auxiliaires médicaux, définis par la Quatrième partie de la partie législative du Code de la santé publique), toutes catégories confondues, se répartissent ainsi²⁰⁷ :

Tableau 1 : La répartition des professions de santé 2012 - 2014

| Professions | Nombre | | | Evolution | Densité (2) | | | Evolution |
|--|----------------|----------------|----------------|-----------|-------------|------------|------------|-----------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | | 2012 | 2013 | 2014 | |
| Professions médicales et pharmaceutiques dont : | 349 300 | 353 034 | 355 390 | | | | | |
| Médecins | 216 762 | 218 296 | 219 834 | | 334 | 333 | 334 | |
| Chirurgiens-dentistes | 40 599 | 40 833 | 41 186 | | 63 | 62 | 63 | |
| Sages-femmes (1) | 19 128 | 20 235 | 20 772 | | 132 | 137 | 141 | |
| Pharmaciens | 72 811 | 73 670 | 73 598 | | 112 | 112 | 112 | |
| Auxiliaires médicaux dont : | 753 988 | 790 310 | 820 110 | | | | | |
| Infirmiers diplômés d'État et autorisés | 567 564 | 595 594 | 616 796 | | 875 | 909 | 938 | |
| Masseurs-kinésithérapeutes | 75 164 | 77 778 | 80 759 | | 116 | 119 | 123 | |
| Pédicures-podologues | 12 085 | 12 430 | 12 850 | | 19 | 19 | 20 | |
| Orthophonistes | 21 220 | 21 902 | 22 744 | | 33 | 33 | 35 | |
| Orthoptistes | 3 655 | 3 826 | 4 016 | | 6 | 6 | 6 | |
| Opticiens-lunetiers | 25 010 | 27 340 | 29 071 | | 39 | 42 | 44 | |
| Psychomotriciens | 8 385 | 8 891 | 9 516 | | 13 | 14 | 14 | |
| Manipulateurs E.R.M | 30 201 | 31 242 | 32 316 | | 47 | 48 | 49 | |
| Ergothérapeutes | 8 079 | 8 539 | 9 122 | | 12 | 13 | 14 | |
| Audio-prothésistes | 2 625 | 2 768 | 2 920 | | | 4 | 4 | |
| Ensemble des médecins libéraux dont : | 112 025 | 109 981 | 108 674 | | 173 | 168 | 165 | |
| Généralistes | 64 638 | 63 595 | 62 986 | | 100 | 97 | 96 | |
| Spécialistes | 47 387 | 46 386 | 45 688 | | 73 | 71 | 69 | |
| Ensemble des médecins salariés dont : | 87 041 | 88 190 | 89 539 | | 134 | 135 | 136 | |
| Généralistes | 32 447 | 32 597 | 32 914 | | 50 | 50 | 50 | |
| Spécialistes | 54 594 | 55 593 | 56 625 | | 84 | 85 | 86 | |
| Ensemble des médecins « mixtes » (3) dont : | 17 696 | 20 125 | 21 621 | | | 31 | 33 | |
| Généralistes | 4 811 | 5 611 | 6 240 | | | 9 | 9 | |
| Spécialistes | 12 885 | 14 514 | 15 381 | | | 22 | 23 | |
| Ensemble des médecins généralistes | 101 896 | 101 803 | 102 140 | | 157 | 155 | 155 | |
| Ensemble des médecins spécialistes | 114 866 | 116 493 | 117 694 | | 177 | 178 | 179 | |

(1): la densité des sages-femmes est calculée sur la population féminine de 15 à 49 ans.

(2): la densité est exprimée pour 100 000 habitants

(3): les médecins « mixtes » exercent une activité libérale, mais peuvent être en partie des médecins hospitaliers au titre d'une activité secondaire.

Les dernières statistiques sur les médecins et leur démographie sont maintenant calculées à partir des données issues du RPPS auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire.

Il est à noter une spécificité française: le nombre de spécialistes est supérieur au nombre de généralistes. L'activité libérale tend à décroître, notamment chez les plus jeunes, au profit de l'exercice salarié (incidence générationnelle qui comprend d'autres facteurs). Cette tendance s'inverse plus ou moins vers le milieu de la quarantaine, notamment chez les spécialistes qui s'installent en libéral.

De même, à partir d'informations simples, profession, spécialité, année de naissance, statut et lieu principal d'exercice par exemple, en fonction de la disponibilité, de la fiabilité des informations utilisées, de leur granularité, et des objectifs recherchés, il est possible de créer autant de représentations que souhaitées, sous des formes multiples: tableaux, courbes d'évolution, répartition géographique avec son évolution, ou son absence d'évolution, dans le temps, etc. Ainsi, il est parfois

²⁰⁷ INSEE (2013) « Professions de santé en 2013 », INSEE (2014) « Professions de santé en 2014 », Sicart Daniel (2013) « Les médecins au 1er janvier 2013 », DREES, Document de travail, Série statistique, n° 179, 15 mai 2013, Sicart Daniel (2014) « Les professions de santé au 1er janvier 2014 », Document de travail, Série Statistiques, n° 189, DREES, juin. Ce document de travail fournit, entre autres, la répartition par mode d'exercice et spécialité. Champ : France métropolitaine et DOM au 1er janvier, y compris Mayotte à partir de 2012. Les écarts relevés par rapport aux données de l'INSEE sont précisés. Le tableau est réactualisé des données disponibles en 2015 concernant l'année 2014 sur le site de l'INSEE. Voir aussi : [INSEE 2014 : Médecins suivant le statut et la spécialité en 2014](#).

possible de « dire tout et son contraire ». Le « Mensonge des statistiques » de Huff (1954) est toujours d'actualité...

En lien avec l'évolution sociodémographique des professionnels de santé (inversion de la pyramide des âges, féminisation croissante, changement des aspirations personnelles et professionnelles...), différentes initiatives cherchent à favoriser, inciter et renforcer les coopérations entre professionnels de santé²⁰⁸, l'évolution des métiers et la communication entre les différents acteurs.

3.1.1 Qui regroupe :

3.1.2 Des professions médicales

La notion de profession médicale reprend les termes définis dans le Code de la santé publique. Selon l'article L4111-1 qui en fixe les conditions d'exercice : « *Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est :*

1 Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5...

3 Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles L. 4112-6 et L. 4112-7... »

Ce sont les seules professions pouvant exercer des actes médicaux et ayant le droit de prescription. Elles correspondent aux :

- Médecins (livre 1er Titre III) ;
- Chirurgiens-dentistes (livre 1er titre IV, avec des restrictions particulières) ;
- Sage-femme (livre 1er Titre V, avec des restrictions particulières) ;
- Pharmaciens (livre 2)
- Vétérinaires, avec des restrictions particulières.

Sous réserve des dispositions légales, dans le cadre de leur formation et par dérogation, « ... *peuvent exercer la profession de médecin les personnes inscrites en troisième cycle des études de médecine en France et remplissant des conditions déterminées par décret en Conseil d'État et portant sur la durée, les conditions et les lieux d'exercice ainsi que sur les enseignements théoriques et pratiques devant être validés* » (Art. L4111-1-1). Les médecins en exercice peuvent compléter leur domaine d'activité par des spécialisations explicites (mentionnées sur la plaque, les ordonnances ou les annuaires si elles font partie des titres fixés par le conseil de l'ordre²⁰⁹) ou implicites (patientèle).

Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes initialement intéressés aux quatre premières professions, incluant les étudiants en médecine, les stagiaires ou les remplaçants dans le contexte libéral. Dans les faits, ce sont uniquement des médecins (définition du livre 1er Titre III) libéraux qui ont participé de façon très limitée à notre étude.

Le contexte législatif associé aux professions médicales est particulièrement étendu, intéressant au premier chef le Code de la santé publique, mais aussi, entre autres, le Code du travail, le Code civil, le Code pénal, et les divers règlements ou les différents codes issus des Ordres auxquels ces professions sont rattachées. S'y ajoute un ensemble de lois, réglementations, circulaires visant à en préciser certains aspects. La diversité des statuts et des spécialités déborde largement le cadre de cette publication. Nous indiquerons, dans la

²⁰⁸ Berland Yvon, Bourgueil Yann (2010) « Évolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels », ADSP, Actualité et dossier en santé publique n° 70

²⁰⁹ Voir le site [Internet](#) du CNOM, partie Accueil ==> médecin ==> Règles d'exercice

mesure du possible, les éléments de référence ou les liens auxquels le lecteur pourra se reporter, sans prétendre à l'exhaustivité, mais aussi en raison de l'évolution « rapide » du contexte.

Aborder les notions de communication ou d'informatisation ne peut se faire sans aborder la genèse de cette profession et sa structuration dans le temps. Il est difficile de ne pas parler de professions au pluriel, la profession de médecin renvoyant à un ensemble de métiers qui, s'ils partagent tous un savoir commun, se singularisent par leurs approches ou leurs spécialités, ce dès leurs longues études.

Profession plurielle, ce constat peut être fait dès la formation. Différentes spécialités (30) sont accessibles au cours de la formation initiale, à l'issue de l'Examen classant national (ECN) qui a été instauré en 2004. Ces grandes spécialités peuvent elles-mêmes se découper en sous-spécialités d'exercice. Elles se répartissent aujourd'hui comme suit (par ordre alphabétique et par groupe) :

- Anesthésie Réanimation ;
- Biologie médicale ;
- Chirurgie dont :
 - Chirurgie générale ;
 - Neurochirurgie ;
 - ORL et chirurgie cervico-faciale ;
 - Ophtalmologie ;
 - Chirurgie orale/Stomatologie.
- Gynécologie médicale ;
- Gynécologie obstétrique.
- Médecine dont :
 - Anatomie et cytologie pathologique (« Anapath ») ;
 - Cardiologie et maladies vasculaires ;
 - Dermatologie et vénéréologie ;
 - Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques ;
 - Gastro-entérologie et hépatologie ;
 - Génétique médicale ;
 - Hématologie ;
 - Médecine interne ;
 - Médecine nucléaire ;
 - Médecine physique et réadaptation ;
 - Néphrologie ;
 - Neurologie ;
 - Oncologie ;
 - Pneumologie ;
 - Radiodiagnostic et imagerie médicale ;
 - Rhumatologie.
- Médecine générale ;
- Médecine du travail ;
- Pédiatrie ;
- Psychiatrie ;
- Santé publique.

Dans son Atlas de la démographie médicale, le CNOM²¹⁰ distingue 48 disciplines, 33 médicales et 15 chirurgicales. Chaque discipline peut elle-même se subdiviser en spécialité

²¹⁰ CNOM 2015 Op. cit., p. 9

d'organe, de technique voire selon un type de patients. Une présentation des tendances d'évolution de chacune des spécialités est présentée en Annexes, page 332 et suivantes.

3.1.3 *Et paramédicales, les auxiliaires médicaux*

Ils sont définis par le Livre III : Auxiliaires médicaux, aide-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers de la quatrième partie du Code de la santé publique, et ils regroupent (les professions de, par spécialité) :

- Les infirmiers ou infirmières (titre I) ;
- Les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues (titre II) ;
- Les ergothérapeutes et les psychomotriciens (titre III) ;
- Les orthophonistes et les orthoptistes (titre IV) ;
- Les manipulateurs d'électroradiologie médicale et les techniciens de laboratoire médical (titre V) ;
- Les d'audioprothésistes, les opticiens-lunettiers, les prothésistes et les orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées (titre VI) ;
- Les diététiciens (titre VII) ;
- Les aide-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (titre IX).

Plus généralement, ces professions sont réparties en trois catégories :

- Les professions du soin (les infirmiers, dont, après spécialisation, les infirmiers de bloc opératoire, les infirmiers anesthésistes, les infirmiers spécialisés en psychiatrie..., les aide-soignants, les pédicures-podologues et les auxiliaires de puériculture) ;
- Les professions spécialisées en rééducation et réadaptation (audiologiste, audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, opticien, orthophoniste, orthoprothésiste, orthoptiste, pédicure-podologue...)
- Les professions médico-techniques (les manipulateurs d'électroradiologie médicale et les techniciens de laboratoire médical, les techniciens d'information médicale²¹¹) et les ambulanciers.

3.2 Des médecins, des histoires, des outils, des coûts...

3.2.1 *Une longue histoire*

Il est difficile d'aborder un contexte professionnel sans aborder son histoire et sa raison d'être. Ce détour par l'histoire est utile pour comprendre comment il s'est construit et appréhender « le pas à faire » pour faire évoluer ses pratiques, notamment dans sa communication ou vis-à-vis des TIC.

Rhazès définissait la médecine comme « *un art affectif qui conserve la santé présente & qui guérit les maladies curables avec la raison & l'expérience* »²¹². Une présentation « simplifiée » de l'histoire de la médecine et des professions associées, principalement médicales, mais aussi de l'évolution du système de santé et de ses composantes est proposée dans les Annexes, chapitre « C : Professions médicales et Santé, une approche historique », page 338.

²¹¹ Il n'y est pas fait référence explicitement dans le Code de la santé publique

²¹² Cité par Bernier Jean (1689) « Essais de médecine où il est traité de l'histoire de la médecine et des médecins », Paris : chez Simon Langronne, 1689, p. 20. Ouvrage disponible sur le site [Internet](#) de la Bibliothèque interuniversitaire de Santé Paris Descartes.

Elle apporte un éclairage complémentaire aux définitions de Parsons ou Freidson et permet de mieux comprendre les enjeux, mais aussi certaines « dissensions » des professionnels entre eux, mais aussi entre ces professionnels, leurs structures et leurs modes d'exercice et l'État.

De façon très synthétique, jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, l'organisation de la médecine se faisait le plus souvent autour du médecin de famille, le recours aux soins plus complexes se révélant dispendieux, au moins pour ceux qui ne bénéficiaient pas d'assurances sociales ou de leur équivalent. La création de la Sécurité sociale en 1945 avait notamment pour objectif de faciliter l'accès aux soins pour tous. Peu de temps après sa création, certains économistes s'alertaient déjà des déficits naissants, chaque gouvernement cherchant depuis restructurer le système de santé et ses dettes pour mieux les contenir. Les grandes réformes menées dès le début des années 1960 ont eu pour objectif de réformer les études médicales et le système hospitalier, alors plus ou moins vétuste, mais aussi de le moderniser pour rendre accessible au plus grand nombre des équipements techniques de plus en plus performants (dont les appareils d'imagerie médicale ou de bioanalyse). Dès les années 1970, l'apparition de la notion d'hospitalo-centrisme dessinait (ou renforçait) un monde de la santé « à plusieurs étages », le premier recours se dessinant par défaut dans un monde dominé par la primauté du modèle curatif fondé sur la biologie, centré sur les techniques et les technologies, médicaments compris. De fait, si l'on considère l'informatisation de la santé, les principaux efforts ont concerné les établissements de santé aussi bien à des fins de gestion que d'analyse et d'aide aux diagnostics médicaux (connaissance). La montée en puissance des outils d'investigation du corps humain allait aussi entraîner une augmentation non substantielle des coûts liés tant aux diagnostics qu'aux traitements. La mise en commun d'information ou leur partage sont apparus nécessaires pour les premiers réseaux de prise en charge apparus avec le SIDA au milieu des années 1980²¹³. Les différents scandales sanitaires à la même époque ont démontré la nécessité d'un accès « aisé » aux informations médicales et de soins, même si leur communication ou leur « dissémination » reste fortement contrôlée.

Néanmoins, le recueil d'information restait complexe, notamment pour les différents organismes de tutelle ou la mise en œuvre d'échanges ou de collaborations. Difficultés économiques aidant, les dépenses de santé furent régulièrement encadrées par l'État avec des moyens variant en fonction des époques. Les ordonnances Juppé de 1996 allaient fixer un cadre directeur de ces dépenses, défini par les Parlementaires et l'État. La recherche d'économies allait aussi modifier profondément le fonctionnement de l'Assurance maladie avec des mesures comme la mise en œuvre de la feuille de soins électronique, la FSE, mesure peu appréciée des différents praticiens puisque n'en bénéficiant pas directement et assortie initialement de pénalités financières. Si une aide à l'informatisation pour les cabinets libéraux était prévue, elle concernait avant tout la remontée des informations nécessaires aux tutelles. Pour nombre de praticiens, le dossier du patient et son principal avatar, le carnet de santé, restaient au format papier. La communication entre partenaires de santé utilisait le même support, avec un contenu variant en fonction des situations. Au patient de raconter, s'il le souhaitait (et s'il le souhaite encore aujourd'hui), son histoire médicale, voire sociale, avec plus ou moins d'oublis ou de détails en fonction du contexte ou de ses capacités.

²¹³ *Ils existent depuis bien plus longtemps. Nous parlons ici des réseaux dans leur acceptation actuelle, en raison de leur structure « souple » et des objectifs qui évoluent avec les besoins. Les réseaux Ville-Hôpital (VIH) seront reconnus par la circulaire Durieux en 1991. Elle marquera l'essor de réseaux dans des domaines différents, avec deux formes encadrées par les ordonnances de 1996 : les réseaux de soins (ord. 96-346), centrés sur les établissements, et les « réseaux expérimentaux » (Ord. 96-345) liés à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.*

Avec la Loi Kouchner de 2002, la personne soignée change de statut. Sur le fond, elle passe de l'état de malade à celui de patient et accroît ses droits, notamment d'un point de vue juridique (renversement de la preuve). Le patient tente de sortir de son rôle d'objet médical imposé jusqu'alors. La démocratisation d'Internet lui ouvre aussi de nouvelles voies d'information, bonnes ou mauvaises.

La Loi HPST de 2009 allait réformer en profondeur la gouvernance de la santé, notamment avec la création des ARS, véritable pivot de la gouvernance de la santé de l'État au plan régional. Le premier recours y est défini avec une insistance particulière quant à son rôle central dans le système de santé. En 2013, la ministre de Santé réaffirmait et insistait sur le rôle pivot du médecin traitant dans le parcours de soins.

Néanmoins, en ce qui concerne la Loi de santé pour 2016, votée une première fois à l'automne 2015²¹⁴ (le second vote, après la « navette avec le Sénat », a eu lieu le 2 décembre 2015), le grand public, mais aussi les professionnels de santé, principalement les médecins libéraux ne retiendront à tort que le principe du tiers payant, le renforcement apparent de l'hospitalo-centrisme et la « main mise » sur la profession de l'État.

3.2.2 À propos d'informatisation...

Pour les hôpitaux, les plans « Hôpital-2007 » et surtout « Hôpital-2012 » devaient faciliter l'accès à une informatique « plus étendue, plus intégrée » au moins en interne, l'adoption des technologies de l'information en constituant l'un des enjeux centraux (Connolly, Gauzente, Dumoulin, 2012²¹⁵). Pour ce qui concerne le monde libéral, ce dernier reste partagé entre la pléthore de fournisseurs et une relative réticence apparente à l'utilisation de ces outils ou à la mise en œuvre d'un partage « informatisé » de leurs informations, y voyant plus ou moins la perte de leur autonomie, voire une « distorsion de la concurrence ».

La mise en œuvre du dossier médical partagé national (DMP) débuté en 2004 ne semble pas avoir démontré son efficacité. Conformément aux décisions prises par la Loi de santé pour 2016, sa gestion et sa montée en puissance, jusqu'alors administrées par l'ASIP, sont confiées à l'Assurance maladie qui gère aussi un portail (Améli-Pro) destiné aux professionnels de santé, principalement les médecins. Ce « nouveau DMP » devra vraisemblablement revêtir un caractère obligatoire... À charge pour l'ASIP de poursuivre le déploiement de la messagerie sécurisée de santé – la MSSanté – dont l'objectif est de faciliter la communication entre professionnels de santé, en s'appuyant notamment, sur un annuaire généralisé des différents professionnels. Cette messagerie sécurisée avait théoriquement pour objectifs d'alimenter en parallèle le DMP. Le statut de cette option est inconnu à ce jour (sept. 2015).

Faisant suite au plan « Hôpital-2012 », le projet « Hôpital numérique » a pour objectifs de renforcer l'informatisation de la santé. Bien que quelques projets dits de « liaison Ville-Hôpital » soient prévus, ce programme d'investissements sur 3 ans est principalement destiné aux hôpitaux et à leur informatisation ou sa poursuite. Il se complète de projets pilotes, les projets des « Territoires de soins numériques – TSN »²¹⁶. Ces derniers ont pour

²¹⁴ *Seuls 35 députés étaient présents dans l'hémicycle pour le premier vote. Cela tend à démontrer à désintérêt pour ce secteur depuis plusieurs décennies par les politiques en dehors de la maîtrise des coûts qui représentent environ 12 % du PIB national, et de la place de l'hôpital public. La fonction publique hospitalière représente environ 1 200 000 salariés, en dehors des médecins (environ 55 000) qui ont un statut particulier (rattachement au Centre national de gestion – CNG – qui gère aussi les carrières des directeurs des hôpitaux, etc.). Elle suit, à la rédaction de ces lignes (août 2015), son parcours législatif, après une première lecture par le Sénat.*

²¹⁵ Connolly Regina, Gauzente Claire, Dumoulin Régis (2012) "IT adoption in the public healthcare sector: an institutional research agenda" *International Journal on Computer Science and Information Systems*, Vol. 7, n° 2, pp. 101-116

²¹⁶ *Ces projets s'inscrivent dans les « ambitions numériques de la France » (F. Hollande, 2013), notamment dans le contexte de la santé. Le projet TSN est doté d'un budget de 80 millions d'Euros.*

objectifs de renforcer l'utilisation des TIC au sein d'un territoire donné²¹⁷. Il existe 5 grands projets régionaux :

- Aquitaine (projet XL AIN²¹⁸) ;
- Bourgogne (projet E_TICSS²¹⁹) ;
- Île-de-France (projet TerriS@nté²²⁰)
- Rhône-Alpes (projet Pascaline²²¹) ;
- Océan Indien (projet Plexus-OI²²²).

Chacun des projets « revendique » potentiellement la place de projet expérimental exemple, destiné à être déployé au plan national... Par exemple, si, au plan national, la Messagerie Sécurisée de Santé est en phase de déploiement par l'ASIP, la région Rhône-Alpes, par exemple, propose par elle-même son propre système²²³, qu'elle espère voir étendu à l'ensemble du territoire national.

Les problèmes resteront plus ou moins en l'état. Comme pour toutes les expérimentations, dont celles liées aux TIC, les problèmes de fond restent la qualité industrielle de ces systèmes, leur capacité à être généralisés (capacité d'intégration, qualité, robustesse, maintenabilité, évolutions...) et leur acceptabilité par les systèmes concurrents et les utilisateurs associés. De fait, ces systèmes mettent principalement en avant soit :

- Des critères et des architectures techniques spécifiques reposant sur l'impulsion d'un groupe d'acteurs et d'une approche technologique particulière ;
- La volonté de professionnels ayant un intérêt commun à travailler ensemble dans un contexte donné ;
- La conception et la démarche d'un groupe de recherche singulier, dépendant ou non d'un industriel, avec un angle de vue et un substrat théorique qui sont en relation avec le positionnement du groupe, sa discipline et des objectifs de sa recherche. Ils dépendent aussi, pour certains, du contexte de financement, Français (local, régional ou national) ou Européen ou des liens avec différents organismes ou « associations » promouvant une technologie donnée, sans parler des actions menées auprès des organisations de normalisation, de préférence l'ISO (mise en place de barrières à l'entrée) ;
- De la volonté politique, régionale ou nationale, pensant pouvoir généraliser sur l'ensemble du territoire national la réponse à une problématique particulière ;
- Soit un peu des 4 précédents...

Enfin, si les projets d'informatisation connaissent un sort incertain, la réussite de ces projets ne s'arrête pas à l'installation des applications comme le soulignent certains. Ce ne sont que les phases post-implémentation (post-démarrage) qui permettent d'évaluer :

- L'investissement réel consenti au projet, sous réserve qu'un bilan de projet ait été réalisé, mais aussi l'usage qui est fait de cet investissement par les utilisateurs

²¹⁷ URPS Rhône-Alpes (2015) « [Territoire de Soins Numérique \(TSN\), un projet national](#) », URPS Rhône-Alpes, Site Internet, Maj. 26 mai 2015, intégré dans le cluster I-Care

²¹⁸ ARS Aquitaine (2015) « [Le Territoire de Soins Numérique \(TSN\) : Innover dans les Landes face au défi des pathologies chroniques](#) », ARS Aquitaine, site Internet

²¹⁹ ARS Bourgogne (2015) « [Territoire de soins numérique \(TSN\)](#) », ARS Bourgogne, Site Internet

²²⁰ ARS Île-de-France (2015) « [TerriSanté](#) », ARS Île-de-France, Site Internet

²²¹ ARS Rhône-Alpes (2015) « [Territoire de soins numérique : Santé en Rhône-Alpes : le numérique au service de tous](#) », ARS Rhône-Alpes, Site Internet

²²² ARS Océan Indien (2015) « [Programme Plexus-OI](#) », ARS Océan Indien, Site Internet

²²³ URPS Rhône-Alpes (2015) « [Systèmes d'information : PASCALINE, les projets portés par l'URPS Méd RA](#) », URPS Rhône-Alpes, Site Internet, Maj. : 9 juillet 2015. Le réseau social professionnel (ZEPRA) qui s'intègre dans une plate-forme régionale dédiée gérée par le [GCS Sistra](#). La compatibilité avec la MSSanté n'est pas connue à ce jour.

(Saint-Léger et Zardet, 2013²²⁴, Ologeanu-Taddei *et al.* Op. cit., Azzouz et Bidan, 2013²²⁵) ;

- Le retour sur investissement (le ROI) quand bien même il pourrait être évalué (Desmazes, 2011²²⁶). Pour ce faire, il est aussi nécessaire de définir au préalable des objectifs partagés et acceptés, mais aussi des indicateurs appropriés. Néanmoins, le raisonnement de nombreux consultants repose toujours sur la notion du rendement du capital investi²²⁷. Certaines institutions préfèrent parler de création de valeur par les TIC. Il reste à définir ce que l'on entend par valeur et pour qui elle est créée... ;
- Les écarts entre le souhaité et le réellement nécessaire et, dans la mesure où une démarche d'alignement stratégique des systèmes d'information a été mise en œuvre, la réalité du moteur de la stratégie du projet au regard de la situation d'arrivée.

Cette liste n'est pas limitative. Un projet de système d'information n'est pas qu'un projet informatique ou technique, l'oublier est la première source d'échec. Ce ne sont pas les TIC, mais les quatre projets (voir page :289) de ce projet d'envergure qui vont modeler l'évolution d'une organisation. Les contributions sont donc multiples. Enfin, pour pouvoir les évaluer, il est nécessaire d'avoir une ou plusieurs sources de référence ou d'étalonnage et accepter de gérer ce genre de projet comme « un forfait », en tenant compte de l'ensemble des ressources mobilisées. Les projets « publics » ne sont malheureusement pas toujours une référence en la matière... les entreprises privées font rarement mieux ou conservent leurs informations « secrètes », concurrence oblige, mais pas uniquement.

3.2.3 Les technologies, la santé et les coûts

Les progrès médicaux sont plus ou moins étroitement associés aux coûts de la santé. Ces constats sont récurrents, notamment aux États-Unis, depuis le milieu des années 1970. Ils mettent en avant les coûts croissants de la R et D (en lien avec les évolutions technologiques, de diagnostics et de traitements) pour les systèmes d'assurance maladie²²⁸. Par exemple, le nombre d'examens de biologie ou d'actes d'imagerie est en évolution constante depuis plus de 20 ans. Cette évolution suscite des controverses en économie (de la santé) sur le rôle du vieillissement dans l'explication de la croissance des dépenses de santé. Pour certains, il y a une forte corrélation avec le vieillissement de la population (ou vieillissement démographique²²⁹). Pour d'autres, si les dépenses de santé représentaient 5 % du PIB en 1960, elles ont doublé en 2008 (Suisse²³⁰). « *Les formidables progrès dans les moyens techniques mobilisés pour les soins ainsi que les changements économiques, sociaux et culturels (professionnalisation des services de santé, recul du travail gratuit des femmes pour les soins à leurs proches, notamment à mettre en relation avec leur insertion accrue dans la vie professionnelle, évolution des représentations du corps, de la maladie et de la souffrance, etc.)* »

²²⁴ Saint-Léger Guy, Zardet Véronique (2013) « Contribution du concept SIOPHIS à la stabilisation d'une activité ERP », 17e Colloque de l'AIM

²²⁵ Azzouz Mahdi, Bidan Marc (2013) « Le rôle de la formation dans l'acceptation de l'intranet 2.0 : le cas d'un établissement bancaire français. », *Vie & sciences de l'entreprise*, n° 195-196, p. 164-196

²²⁶ Desmazes Jean, Lacaile Line (2011) « Le calcul du retour sur investissement du projet " Dossier Patient partagé " d'un grand CHRU : de l'inutilité d'une réponse sérieuse à une question redoutable », *Colloque Management Hospitalier*, EMS Strasbourg, novembre 2011.

²²⁷ Voir par exemple Grosset-Janin Sosthène (2015) « Changement de SI : les critères d'une conduite rationnelle », *SIH-Solutions*, [site Internet](#), octobre 2015

²²⁸ Weisbrod Burton A. (1991), *Op. cit.* Voir page 530.

²²⁹ Terme initié par Alfred Sauvy, fondateur et premier directeur de l'Institut National d'Études Démographiques – INED, dans son ouvrage « *La théorie générale de la population – volume II : Biologie sociale* », Bibliothèque de sociologie contemporaine, presse Universitaires, 1954, pour désigner les personnes âgées de plus de 65 ans.

²³⁰ La Brèche (2011) « Coûts de la santé : Fausses évidences », in « *Le marché contre la santé* », les cahiers de La Brèche, n° 1, 2008, p. 13. Version [Internet](#)

expliquent l'essentiel de cette augmentation. Par contre, de nombreuses études, y compris de l'OCDE, montrent que le vieillissement de la population joue un rôle nettement moins important dans cette augmentation des dépenses de santé²³¹ ».

B. Dormont et H. Huber²³² (2015) soulignent : « ... ce n'est pas l'âge qui fait le coût, mais la pathologie, sa gravité, sa chronicité, ainsi que l'évolution des traitements et des prises en charge... Contrairement à une opinion répandue, le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur dans la croissance des dépenses de santé. Certes, chaque individu voit ses dépenses de santé augmenter lorsqu'il vieillit. Mais les changements les plus importants sont dus au fait que les dépenses individuelles de santé augmentent dans le temps, à âge et à maladie donnés. En 2009, par exemple, un homme de 50 ans affecté d'un diabète dépense beaucoup plus pour sa santé que le même quinquagénaire diabétique ne dépensait en 2000. Ce mouvement est sans rapport avec le vieillissement de la population. Il résulte principalement de la dynamique du progrès médical : de nouveaux produits et de nouvelles procédures apparaissent continuellement, qui induisent des changements dans les pratiques médicales... »

Ces progrès de la médecine, des technologies (et de leur rôle ambivalent) et des pratiques ont aussi une incidence non négligeable sur la perception qu'ont les soignants de leurs métiers et leurs évolutions (Fortin et Maynard, 2012²³³), mais aussi de la perception des patients, cette perception variant selon la nature des soins, l'utilisation ou non de technologies de pointe, les pathologies, l'action immédiate (soins intensifs) ou dans la continuité d'une trajectoire. Apparaît alors ce « qui était encore hier inimaginable », le vocable « acute long term » qui réunit les patients « chroniques-aigus ». Se transforment alors les relations entre soignants et soignés, passant d'un épisode intercurrent, ponctuel, *ad hoc*, à rapport longitudinal. Le patient passe d'objet à sujet. « Une transition est en cours : l'hôpital n'est plus seulement un lieu de soins aigus, mais aussi un lieu où la chronicité s'installe, une chronicité de pointe qui requiert des soins spécialisés. Nous assistons à une rapide évolution de la patientèle dépendante de cette technologie de pointe (et pour laquelle une restauration complète de l'intégrité devient impossible) alors que le mouvement, les défis, l'intensité du moment présent animent toujours une large part des professionnels qui choisissent d'œuvrer aux soins intensifs. Le "sens" du prendre soin dans une telle unité est en évolution, le projet thérapeutique est modifié... » (Ibid.) Les questions d'éthique tout comme les facteurs culturel-cognitifs occupent aussi une place particulièrement importante.

Viennent s'ajouter différents facteurs complémentaires (d'évaluation de l'activité) économiques et financiers, qui exercent une influence certaine dans les échanges. La redondance des actes, le passage obligé par les urgences pour tous les patients entrants ou l'évaluation des activités n'en sont que quelques exemples.

Enfin, devant la falaise des brevets²³⁴ (le « *patent cliff* ») et la progression des « génériques²³⁵ », l'industrie pharmaceutique s'oriente de plus en plus vers des solutions thérapeutiques « à la carte ». Par exemple, si les traitements anticancéreux restaient

²³¹ Voir à ce titre et par exemple : Dormont Brigitte, Grignon Michel, Huber Hélène (2006) « Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing », *Health economics*, 15: 947-963, 2006. Dormont Brigitte, 2009 « Les dépenses de santé. Une augmentation salubre ? » Paris, Opuscule du Cepremap, Éditions Rue d'Ulm. Elbaum Mireille (2010) « L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse », *Les Tribunes de la santé*, n° HS 1, pp. 15-29. Dormont Brigitte 2011. « [Vieillesse et dépenses de santé](#) » in Fussman, Gérard (Éd.), « La mondialisation de la recherche : Compétition, coopérations, restructurations » Paris : Collège de France.

²³² Dormont Brigitte, Huber Hélène (2015) « Vieillesse de la population et croissance des dépenses de santé », p16 et suiv. in Laxalt Jean-Michel (2015) « Allons enfants de la sécu... », Institut Montparnasse (MGEN)

²³³ Fortin Sylvie, Maynard Serge (2012) « [Progrès de la médecine, progrès technologiques et pratiques cliniques : les soignants se racontent](#) », *Anthropologie & Santé*, n° 5

²³⁴ Parachini Andréa (2011) « [Laboratoires pharmaceutiques. La falaise des brevets. La réponse des laboratoires devant la montée des génériques](#) », *Le Nouvel Économiste*, n° 1592 - [Version Internet](#)

²³⁵ Souvent produits par une filiale du laboratoire d'origine ou par un « génériqueur » après accord avec le laboratoire d'origine, si ce n'est par le laboratoire lui-même.

« relativement » bon marché, ils couvraient un large spectre d'affections. L'apparition de nouvelles thérapies « ciblées » ou les thérapies géniques rendent ces traitements plus efficaces, mieux supportés, mais aussi bien plus onéreux en raison de leur « faible potentiel » d'utilisation. D'autres problèmes concernent les polymédications, notamment chez les personnes âgées souffrant de plusieurs pathologies.

3.3 En première synthèse

Tous ces facteurs tendent à renforcer l'idée que l'usage des technologies de l'information et de la communication est l'une des solutions, et qu'il est nécessaire « d'inciter », entendre rendre obligatoire et impératif, le partage ou les échanges numériques de l'information en santé. Le rapport²³⁶ du Conseil national du numérique, remis en juin 2015 au Premier ministre, consacre une dizaine de pages au sujet appelé « Santé et numérique ». C'est une triple innovation²³⁷, « organisationnelle, scientifique et démocratique » pour la ministre de la Santé. Ces orientations reprennent les principes de la « médecine du futur » présentée en mai 2015 par le ministre de l'Économie. Le calendrier d'actions publié sur le site du gouvernement prévoit aussi la présentation d'une stratégie e-santé pour la fin de l'année 2015, avec comme thématiques : les Big-Data, les objets connectés et « l'Internet des objets », la télémédecine, les infrastructures et les outils numériques des professionnels. Néanmoins, il semble aussi que d'autres facteurs entrent en jeu...

Les chapitres précédents avaient pour objectif de présenter et proposer une première évaluation de la complexité du secteur et des enjeux multiples voire contradictoires. D'autre part, il est aussi nécessaire de faire avec une profession aux fondements historiques qui peut paraître hostile à toute forme de changement, alors qu'elle est aussi dans l'attente de solutions lui permettant la simplification certaines tâches, de renforcer les collaborations et de faciliter les échanges. Cependant, comme nous l'avons dit précédemment, si certaines initiatives gouvernementales peuvent sembler intéressantes, le modèle de décisions centralisé et le nombre de forces en présence tendent à étouffer toute initiative un tant soit peu innovante.

En lien avec les différents aspects abordés précédemment, en fonction du positionnement des professionnels de santé, de l'idée qu'ils se font de leur profession, de la santé ou de la maladie, des patients... et du système dans lequel ils exercent, les échanges seront plus ou moins réels, ouverts ou ciblés, avec une prédominance de l'écrit ou de l'oral en fonction du contexte de l'exercice, de la pathologie, du patient ou du correspondant visé. Cette communication relative à la santé, quel qu'en soit le mode ou le média utilisé, dépend donc de facteurs multiples, dont l'appréciation des potentialités des TIC, mais aussi de leur usage.

Cette communication prend place au sein de parcours, plus ou moins formalisés. C'est l'objet du chapitre suivant.

²³⁶ CCNum (2015) « Ambition numérique. Pour une politique française et européenne de la transition numérique. Rapport au Premier ministre », Conseil national au numérique, disponible sur le Site Internet du [Conseil](#).

²³⁷ DSIH-DL (2015) « [Quelle stratégie pour une ambition numérique](#) », DSIH, Site Internet, 22 juin 2015

4. Parcours : soins, santé et vie

4.1 Introduction

En relation avec la santé, le système de santé, son financement et son organisation, et les professionnels qui y interviennent, le patient est amené à faire appel, en fonction de sa situation personnelle et des besoins concernant ses soins et sa santé, à différents professionnels de santé exerçant dans des environnements différents, sur le court, le moyen ou le long terme. Cette prise en charge s'inscrit dans, et est régie par, un ensemble de « règles » qui définissent et régissent un système complexe : le système de santé. L'observation du cheminement du patient dans ce système prend la forme de trajectoires ou de parcours, plus ou moins organisés, plus ou moins parallèles, parfois plus ou moins redondants. Si, depuis de nombreuses années, la maîtrise des dépenses de santé ou l'amélioration de la qualité des soins, pour ne citer que ces deux facteurs, font appel à la notion de parcours, à quoi cette notion renvoie-t-elle ? Comment l'abordons-nous dans notre travail ?

En lien avec les deux objectifs précédents, trois modes d'interventions ont été utilisés par les pouvoirs publics pour réorganiser l'offre de soins : la définition de règles (SROS, normes d'activité pour les hôpitaux...), la régulation tarifaire (franchises, T2A hospitalière, conventions pour les libéraux) et l'incitation auprès des différents offreurs de soins (coopérations, contractualisation et expérimentations [rémunérations, installation, coordination territoriale...], incitations financières, aides à l'installation, à l'équipement...).

La volonté de la réorganisation de l'offre du système de santé comprend plusieurs objectifs, dont la reconfiguration de l'offre hospitalière, l'hôpital occupe historiquement une place importante dans le système de soins français (37 % des dépenses de santé), associés à une recherche d'efficacité, d'efficience et de performance, et comprend différents points d'entrée.

Nous ne citerons ici que les réorganisations structurelles souhaitées par la mise en place de coopérations ou de regroupements, réorganisations initiées par les précédentes lois de santé et renforcées par la Loi de santé 2016. Elles s'inscrivent dans un projet plus vaste de recomposition territoriale de l'offre de soins où le renforcement du développement de nouvelles formes de prise en charge, l'ambulatoire, nécessite d'autres formes de collaboration. Il s'agit, dans le même temps, d'améliorer la continuité des prises en charge et les liens en amont et en aval d'une prise en charge hospitalière (ou de ville), avec une meilleure coordination de cette prise en charge tant en ville qu'entre acteurs d'organisations et de métiers de « niveaux différents ». La mise en œuvre de parcours du patient organisés, performants et évaluables s'inscrit dans ces démarches. D'autres facteurs viennent influencer sur ces parcours. Nous citerons à titre d'exemple :

- L'évolution de l'offre de soins libérale qu'il faut mettre en relation avec différents facteurs comme l'inversion de la pyramide des âges, l'accroissement de la spécialisation au détriment de la médecine générale ou l'accroissement de la féminisation de la profession. Ce dernier facteur conjointement à l'évolution du « rapport au travail » des nouvelles générations modifie à la fois les conditions, mais aussi les formes, les temporalités et les lieux d'exercice ;
- L'expansion des TIC en santé sous la forme des « recours distants » (téléxxx), mais aussi d'outils techniques et technologiques qui concernent tant les praticiens que les patients. Un effort important dans la mise en œuvre de dossiers électroniques (locaux, régionaux, dédiés ou non, ou national) et de systèmes de communication

électronique a été entrepris sans en tirer apparemment les bénéfices escomptés. La MSSanté qui sera obligatoire en 2016 pour tous les praticiens devrait pallier ce problème.

L'organisation des soins de proximité en ville par les pouvoirs publics s'est effectuée de façon concomitante avec la réorganisation de l'offre hospitalière. À l'issue des ordonnances de 1996, la mise en œuvre de la feuille de soins électronique et du réseau spécifique, le réseau santé social, une prime à l'informatisation des médecins libéraux devait favoriser la tenue d'un dossier informatisé du patient et faciliter les échanges d'information et la remontée des diagnostics et des actes de ville. En 1997, le médecin-référent est mis en place. Ce contrat de suivi médical entre le patient et le médecin généraliste, facultatif, engageait ce dernier « ... à tenir un dossier médical, à assurer des actions de prévention et à orienter le patient vers des spécialistes²³⁸ ». Le médecin-référent a été remplacé par le dispositif du médecin traitant (Loi du 13 août 2004). Cette Loi de réforme de l'Assurance maladie contenait différentes parties, dont l'amélioration de l'offre de soins, la redéfinition de la procédure conventionnelle²³⁹ et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (Titre 1). Elle marque la création du DMP « destiné à suivre le cheminement du malade dans le système de soin » et « le développement de parcours de soins coordonnés autour d'un médecin traitant ou dans le cadre des réseaux de soins constitue un deuxième moyen de favoriser la coordination²⁴⁰ ». Ce dispositif, inclus dans la convention signée en 2005 (Migaud *et al.*, Cour des comptes, 2013²⁴¹), consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins : « Le médecin traitant aura pour mission d'orienter le patient dans le système de soins et, bientôt, de gérer son dossier médical. » (Ibid.) Son respect conditionne la prise en charge de ses dépenses de santé. À défaut, les patients s'exposent à des majorations financières.

Si sa mise en place a rencontré l'adhésion des patients (90 % des patients ont déclaré un médecin traitant, généraliste dans 95 % des cas), les missions du médecin traitant restent toujours à clarifier dans le dispositif complexe jusqu'à présent mis en œuvre. Bien qu'affirmé à plusieurs reprises dans les orientations stratégiques des ministres de la Santé successifs et inscrit dans les lois de santé en découlant, le rôle pivot du médecin traitant résiste mal à l'épreuve de la réalité.

La facilité de changement de médecin traitant engendre différents effets de bord indésirables comme les changements de médecin traitant décidés, avec ou souvent sans l'accord du patient, par le médecin réalisant l'acte. Les médecins perçoivent une rémunération forfaitaire associée à leur rôle de médecin traitant. Pour certains patients, c'est aussi un moyen de rester « dans le parcours » et d'éviter les pénalités financières. Enfin, certains assurés bénéficiant déjà du tiers payant n'éprouvent pas l'intérêt de déclarer un médecin traitant, quand bien même cette déclaration est obligatoire... Il est à noter que les jeunes

²³⁸ Adaptation à partir du rapport de la Cour des comptes (2015). Op. cit. MG-France est à l'initiative de cette mesure qui a été décriée en son temps par d'autres syndicats de médecins libéraux.

²³⁹ Voir à ce propos le rapport de la Cour des comptes de juin 2014. Cour des comptes (2014) « Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé », Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, la documentation française.

²⁴⁰ Sécurité sociale (2011, 2013) « Dossier : La réforme de l'assurance maladie de 2005 », Sécurité sociale, site Internet, 02/05/2011 – mis à jour : 06/09/2013

²⁴¹ « Conformément à la convention du 12 janvier 2005, reprise pour l'essentiel par la convention du 26 juillet 2011, le médecin traitant doit assurer le premier niveau de recours aux soins et les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.), contribuer à la promotion de la santé, orienter le patient dans le système de soins, et en particulier si nécessaire vers un médecin spécialiste " correspondant ", auquel l'accès est ainsi soumis à la reconnaissance préalable d'un besoin par le médecin traitant (avis ponctuel, soins itératifs dans le cadre d'un plan de soins ou d'un protocole ALD, séquence de soins nécessitant différents médecins intervenants) ». Migaud Didier *et al* (2013) « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie », in Rapport public annuel, Tome I, les Observations, Vol. I.1, les finances publiques, les politiques publiques, Cour des comptes, site [Internet](#), p. 190 et suiv.

générations (étudiants...) ayant souvent peu recours au médecin et se trouvant souvent en dehors de leur région d'origine n'ont pas de médecin traitant ou ne savent pas à quoi il correspond. Les mutuelles qui leur sont dévolues ne sont pas forcément d'un grand recours pour fournir des informations sur ce point (*information syndicale*).

Un élément important : Contrairement aux précédentes tentatives d'amélioration de la coordination des soins, le médecin traitant s'impose à tous les assurés. Il ne s'agit ni d'expérimentation (les réseaux régis par les ordonnances de 1996) ni d'option facultative comme pour le médecin-référent. Ce modèle de « *gatekeeper* » s'inspire du système anglais. Mais comme le souligne la Cour des comptes (Ibid. 2013), « *Contrairement à ce dernier, où toute personne est tenue de s'inscrire chez un généraliste, payé en fonction du nombre de ses patients, qui la soigne gratuitement et l'oriente si nécessaire vers un spécialiste ou un hôpital, le système français préserve les fondements de la médecine libérale que sont notamment le libre-choix du médecin par le patient et le paiement à l'acte.* »

Malgré le développement relativement récent des structures pluriprofessionnelles de santé (pôles, maisons et centres de santé), présentées comme une composante importante de la structuration de parcours de soins efficaces et de l'amélioration de l'offre de soins sur certains territoires, « *la structuration interprofessionnelle des soins de premier recours demeure toujours limitée à des expérimentations.* » Dans ce contexte, l'échec des négociations en novembre 2014 de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACIP), comprenant entre autres, un financement « aux séquences de soins » en est un exemple. Il a entraîné un règlement arbitral le 23 février 2015²⁴², applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité, permettant de pérenniser certaines dispositions dont le principe de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération – ENMR.

4.2 Quels parcours, quelles approches ?

S'intéresser aux parcours peut se faire selon plusieurs approches : Le parcours intra-organisation, organisation prise au sens de « contexte fermé » (voir page 204), le parcours inter-organisation, organisations prises dans le sens de contexte « ouvert » (voir page 205). Dans ce cas, c'est un parcours centré sur le patient dans le cadre de son ou ses parcours de soin ou de santé, mêlant coopération et communication entre ville, hôpital et niveaux intermédiaires, en établissement (EHPAD, SSR...) ou domicile (HAD, SIAD...), intégrant ou non, si nécessaire, le secteur social. La typologie du parcours choisi influe fortement sur les activités réalisées ou suivies ainsi que sur la « nature et le comportement » des flux informationnels. Cette typologie varie aussi en fonction de l'âge du patient (et de ses grandes périodes de vie). Les approches actuelles sont généralement « sectorisées » :

- En établissement de santé, en lien avec les modalités de prise en charge et les protocoles prévus dans l'établissement concerné. Les échanges de données, en interne et avec l'extérieur, dépendent de l'existant, des habitudes de travail et des besoins exprimés par les différents professionnels, quel que soit leur rôle (administratif, médical, du soin, de la logistique...) ;
- En fonction des problèmes ou des âges et des prises en charge associées : secteur sanitaire *versus* secteur social ou médico-social, avec des variantes intra secteur ou des modalités spécifiques ;
- Par les pathologies ou les besoins : aigu, ALD, prise en charge ne nécessitant pas la mobilisation de moyens de type hospitaliers, chronicité... cloisonnement « volontaire » (comme en psychiatrie avec la sectorisation) ou « fortuit » (épisode

²⁴² Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité, source : [Légifrance](http://www.legifrance.gouv.fr)

intercurrent). Cette perspective est aussi liée à l'approche de la médecine moderne occidentale généralement centrée sur une pathologie, un organe, un traitement. Bien souvent, dans le cas d'un besoin requérant plusieurs spécialités, le patient est généralement renvoyé vers son médecin traitant par les spécialistes pour assurer la coordination, la communication, la continuité et la responsabilité de la prise en charge du parcours complet ;

- Au niveau des professionnels de santé avec la différenciation du secteur libéral *versus* secteur public, généralement hospitalier (ou des centres de santé), pour ne citer que ceux-là, avec :
 - Pour le secteur libéral : les médecins du secteur 1, intervenants exclusifs en ville, sont le pivot du parcours de soin en tant que médecins traitants. Ce sont principalement des médecins généralistes, avec une ou des spécialisations, mais ce peut être aussi des professionnels exerçant une spécialité médicale conventionnée ou des centres médico-techniques comme l'imagerie. Les libéraux ont aussi d'autres modes d'intervention :
 - Dans les hôpitaux locaux pour la consultation de leur patientèle (mise à disposition d'équipements, contexte de notre niveau 2) ;
 - Dans le cadre du médecin traitant, dans les EHPAD, en relation avec les médecins coordonnateurs d'EHPAD (contexte partiel de notre niveau 3) ;
 - Comme médecin pivot de la prise en charge et en lien avec leur rôle de médecin traitant, dans les prises en charge en HAD, en relation avec le médecin coordinateur de la structure et l'équipe de l'HAD (publique ou parapublique) ;
 - Comme participant à une permanence des soins (SOS-Médecins, régulation, maisons médicales de garde, etc.) ;
 - Comme médecin participant, voire coordonnateur, dans le cadre des réseaux thématiques de soins (lien à une pathologie) ;
 - Comme médecin coordinateur dans les EHPAD, en complément de leur rôle de médecin généraliste ou traitant...
 - Les médecins du secteur 2 (à honoraires libres), généralement spécialistes : spécialités de ville comme la cardiologie, la neurologie, la gastro-entérologie, etc. Certains praticiens d'imagerie médicale ou les bioanalyses... Certains d'entre eux exercent aussi en clinique privée, en ESPIC ou à hôpital public. Ils peuvent être médecins traitants.
 - Pour le secteur hospitalier, la spécialisation s'effectue par grande discipline, généralement rattachée à une spécialité, ou à un corps : médecins, chirurgiens, plateaux médico-techniques : interventionnels (intégrant les anesthésistes), de diagnostic nécessitant la présence du patient (imagerie) ou non (bioanalyses). La différenciation s'effectue aussi par les modes d'interventions, entre le programmé et le non programmé. Une troisième distinction s'effectue en fonction du statut (PU-PH, PH, chef de clinique, médecin attaché, etc.) et du positionnement dans l'organisation hospitalière au sens de la « gestion » telle que définie par les différentes réformes, en lien avec la CME, et le positionnement au sein d'un service ou d'un département (ancienne dénomination), et aujourd'hui les pôles. Un praticien hospitalier, au sens générique, peut aussi être médecin traitant.

Dans ces contextes, la notion de parcours peut être représentée par un ensemble de parcours parallèles (au sens des prises en charge), disjoints, plus ou moins éloignés sur un axe temporel et sans liens « pathologiques » les uns aux autres. Le seul lien est alors le patient

(ou son entourage), en tant qu'individu. C'est l'exemple de la prise en charge en aigu dans le cas d'un « accident » comme une fracture, etc. C'est un épisode intercurrent, si l'on considère le suivi de la santé d'un patient au long cours. Dans le cas de venues multiples, séparées dans le temps, mais dans une même organisation de santé, il est alors nécessaire de rechercher la trace de venues antérieures dans les dossiers informatisés ou non. Elles peuvent être complétées ou non de documents externes. Le DMP doit faciliter ces recherches, en mémorisant, si les informations ont été transmises, les informations issues de chacune de ces venues, complétées des données mises à disposition par les autres partenaires de soins ou par le patient. L'accès à ces informations est cependant dépendant du patient (autorisations) et des options de masquage qu'il a mis en œuvre. Leur qualité est dépendante des fournisseurs de ces informations.

Seul le flux informationnel concernant le patient est intégré dans ce contexte, sa forme la « plus primitive » étant représentée par le carnet de santé, vue temporelle succincte des informations liées à la santé du patient. Pour des problèmes plus complexes (génétique par exemple), le débat reste entier, tout comme pour le droit à l'oubli.

Une recherche concernant la continuité des flux informationnels pourrait s'effectuer au sein d'un « unique parcours », dans un contexte donné de prise en charge (contexte situé), selon un axe temporel et géographique, en considérant une double cohorte, de médecins et de patients. Elle devrait s'intéresser aux prises en charge hospitalières, programmées ou non programmées comme dans le cas des urgences, mais aussi à ses liens avec l'amont pré-hospitalier et l'aval post-hospitalier, à domicile, ou dans une structure associée (SSR, EHPAD). Dans cet environnement, la continuité informationnelle ne peut concerner, *a priori*, que les éléments relatifs au patient (histoire du patient, de la pathologie, des traitements courants, des interventions effectuées, de la nécessité des soins en sortie), c'est-à-dire ceux relatifs à « l'objet du soin ».

Cette analyse peut permettre de mettre en évidence différentes « contradictions », qualitatives et relatives aux informations circulantes ou à la continuité des échanges et à leurs formes (la communication), quantitatives, comme les redondances d'examen (différentiation entre les bioanalyses de ville versus celles réalisées en établissement de santé), ou organisationnelles, par l'absence de continuité informationnelle, des traitements, protocoles, etc. pouvant aussi mettre en évidence certains points de passages obligés restant à apprécier et évaluer.

4.3 Le parcours, une notion polysémique

4.3.1 Étymologie

Étymologiquement, parcourir vient de la francisation du verbe Latin classique *Percurrere* (*percurro*), verbe lui-même formé de *per* (par) et de *currere* (courir, *curro*, et cours, *cursus*). *Percurrere* est à la fois transitif (sens commun) et intransitif (idée du mouvement par le fait de courir). Le participe substantivé de *perurro* donne parcours, dont les définitions tout comme celles de cours sont multiples. Parcours et parcourir sont deux concepts liés qui offrent donc plusieurs définitions littérales, dépendantes du contexte. Nous avons extrait du CNTRL²⁴³ les définitions qui se rapportent le plus, par extension, à notre contexte.

²⁴³ <http://www.cnrtl.fr/definition/parcours>

Parcourir, verbe transitif :

- **A1.** [Le sujet désigne une personne ; l'objet désigne un lieu, un espace circonscrit] **Se déplacer en suivant une direction plus ou moins déterminée, aller dans une, plusieurs, toutes les parties de.** Synonyme : arpenter...
- A2c. En particulier, au figuré, traverser de part en part, envahir.
- **B. par extension :**
 - Accomplir (un trajet déterminé), traverser (un espace délimité) jusqu'à une destination précise. Synonyme : effectuer.
 - B1a. [Le sujet désigne une personne] Distance à parcourir entre deux étapes... parcourir un chemin ; espace parcouru ;
 - BII. – Au figuré :
 - A. – [Le sujet désigne une personne] – 1. [L'objet désigne une personne ou une collectivité, un groupe ou par métonymie une partie du corps.] Jeter un regard circulaire ou scrutateur sur, pour avoir une vue d'ensemble ou pour repérer quelqu'un dans un ensemble. Synonyme : examiner, inspecter, embrasser du regard ;

Parcours, substantif masculin

- **B. – Déplacement déterminé, accompli ou à accomplir, d'un point à un autre ; espace correspondant, chemin, distance parcourue.**
 - **B1. Par une personne. Synonyme : chemin, circuit, itinéraire, trajet. Long parcours ; effectuer, emprunter un parcours.**
 - En particulier, itinéraire fixe de voyageurs ou d'un véhicule de transport. Synonyme : trajet.
 - Par métonymie (coût du) transport sur l'itinéraire parcouru. Payer le parcours ; un parcours simple, aller-retour...
 - Durée d'un trajet. Pendant le parcours.
 - Au figuré : PÉDAG. RELIG. CATH. Parcours (de catéchèse, catéchétique). Programme pédagogique annuel de cheminement de la foi à parcourir par les enfants d'âge scolaire avec leurs parents, leurs catéchistes ; par métonymie, recueil (de fiches), manuel exposant ce programme :
- **C. – Plus spécialement**
 - 1. SPORTS. Dans certaines épreuves, distance parcourue ou à parcourir en un temps déterminé (par un coureur, un cheval, un véhicule de course). **Par métonymie, itinéraire matérialisé.** Parcours d'une course, d'un rallye ; parcours de golf, de jumping, de steeple-chase ; parcours difficile, avec obstacle ; parcours sans faute ; parcours chronométré ; temps de parcours ; erreur de parcours ; couvrir, établir, reconnaître, tracer un parcours.

Pour le Larousse, le mot parcours vient du latin *percursor*, avec l'influence de cours (*cursus*).

- Itinéraire à suivre ou trajet suivi par quelqu'un, un véhicule, un animal : Effectuer le parcours en deux heures. Le parcours d'un autobus.
- **Ensemble des étapes par lesquelles passe quelque chose** : Suivre le parcours d'un livre de sa confection à sa parution.
- **Ensemble des étapes, des stades par lesquels passe quelqu'un**, en particulier dans sa carrière.
- **Expressions :**
 - Accident, incident de parcours : péripétie fâcheuse, mais passagère et sans conséquence irrémédiable affectant l'existence de quelqu'un, la réalisation d'un projet, etc.

- [Parcours du combattant] : série d'obstacles et d'installations organisés pour servir, sur une distance de 500 m, à la formation physique des recrues en vue du combat ; série de difficultés rencontrées dans la réalisation de quelque chose.
- Synonymes : Chemin, itinéraire, route.

4.3.2 *Un mot, des définitions, des enjeux multiples*

Selon ces définitions, le mot parcours, substantif du verbe, peut s'assimiler à un chemin, un itinéraire, ou un circuit balisé ou non, fait d'une succession d'étapes que l'on doit ou que l'on peut faire. Il s'inscrit dans un environnement. Au sens figuré, parcourir signifie aussi regarder, avoir un aperçu de quelque chose, comme parcourir un dossier. Il peut permettre *in fine* d'apprécier tout ou partie du parcours d'une personne.

Dans le quotidien, l'utilisation de « parcours de soins » ou de « parcours de santé » correspond donc à une formulation raccourcie d'une action sous-tendue par la forme verbale, mais aussi de plusieurs notions associées. Nous la rapprochons de celle de trajectoire d'Anselm Strauss. Ainsi, à partir de la notion de parcours et d'usager en remettant le sujet au centre de l'action, on peut parler de l'usager qui parcourt le système de soin (le système de santé). L'objet circonscrit est le système dans lequel l'usager s'inscrit. Par extension, il doit « accomplir » un trajet défini ou « traverser » un espace délimité jusqu'à une « destination précise ». En rapportant cette dernière notion à la santé, on peut en voir les prémices dans les ordonnances de 1996 dans la notion de médecin-référent. De même, en s'intéressant à une organisation particulière, le parcours s'inscrit dans un contexte au sein duquel le sujet (l'usager) « se déplace » ou accomplit un certain nombre d'étapes pour (destination) rechercher une amélioration de sa santé.

Dans le champ de la recherche, selon le sociologue Dominique Argoud (2013), l'adoption du vocable de parcours « *reflète une tendance de fond dans les sciences humaines et sociales consistant à privilégier des approches biographiques et compréhensives pour mieux appréhender la complexité des comportements humains*²⁴⁴. » Les travaux des sciences économiques et ceux de la sociologie relatifs aux « *temps de la vie* », aux « *cycles de vie* », se sont d'abord intéressés aux grandes évolutions sociales, aux tendances observées au niveau macro et aux « *grandes étapes* » de la vie sous l'angle des rôles sociaux assurés aux différents âges (Lénel, 2003²⁴⁵), pour s'intéresser progressivement au niveau micro à travers l'analyse de parcours de vie individuels (Barreyre *et al.* 2008²⁴⁶.)

Cependant, la notion de parcours a parfois tendance à se transformer en mot-valise, l'intérêt étant que si tout le monde semble comprendre de quoi il s'agit, le diable se cache dans les détails. Dans les chapitres suivants, nous nous proposons d'aborder cette notion par l'intermédiaire des discours ou prises de position de différents acteurs dans notre système de santé. Une analyse exhaustive depuis la formation de la notion jusqu'aux différentes approches nécessite le développement d'un projet qui dépasse ici le cadre de notre travail. Néanmoins, ces différentes approches donnent une autre illustration de la difficulté inhérente à regarder le système de santé, vu du patient, de façon transversale, et des échanges et des enjeux sous-jacents.

Les sources d'information sont multiples tout comme les prises de position. En première intention, le centre de ressources documentaire multimédia des ministères sociaux propose

²⁴⁴ Dominique Argoud, interview du février 2013, parue dans *Union sociale*, n° 264.

²⁴⁵ Pierre Lénel (2003) « *Parcours de vie. Constats et analyses sociologiques* », document n° 1-1 de la séance plénière du 13 février 2003 du Conseil d'orientation des retraites

²⁴⁶ Voir par exemple : Jean-Yves Barreyre, Patricia Fiacre, Vincent Joseph, Yara Makdessi (2008) « *Une souffrance maltraitée – Parcours et situations de vie des jeunes dits "incassables"* », recherche réalisée pour l'ONED et le CG 95

différentes sources documentaires officielles. Concernant les parcours, de soins, de santé et de vie, son document de synthèse (2013²⁴⁷) regroupe, dans une démarche bibliographique, un ensemble de documents officiels, d'ouvrages, etc. offrant un point de vue sur plusieurs axes de ce que peut-être un parcours.

Dans ce document, il en introduit une première définition : selon Mme Élisabeth Féry-Lemonnier, Conseiller général des Établissements de Santé, Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales, « *La notion de parcours répond à la nécessaire évolution de notre système de santé afin de répondre notamment à la progression des maladies chroniques qui sont responsables de la majorité des dépenses et de leur progression. Leur prise en charge transversale implique de multiples intervenants et réduit la place historiquement majeure des soins aigus curatifs au profit des autres prises en charge. La spécialisation croissante des professionnels de santé amplifie le phénomène. L'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose ainsi progressivement comme un axe transversal structurant des systèmes de santé. Le périmètre des parcours s'articule autour de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Les parcours reposent sur l'intervention d'acteurs du système de soins, de services et d'établissements médico-sociaux et sociaux, de collectivités locales, d'autres services de l'État et d'organismes de protection sociale. Les parcours ont une notion temporelle (organiser une prise en charge coordonnée et organisée tout au long de la maladie du patient) et spatiale (organiser cette prise en charge sur un territoire, dans la proximité de son domicile).* » Le parcours a donc une dimension temporelle et spatiale.

Cette approche rejoint la vision générale du parcours. Nous concernant, les parcours ont une dimension temporelle (de *l'antepartum* au *post-mortem*, en étendant les différents grands moments de la vie et du soin et en tenant compte de différentes contraintes légales), spatiale (mobilité versus nomadisme), informationnelle (multidimensionnelle) et communicationnelle. Ils nécessitent des échanges ou un partage d'informations qui concernent l'ensemble des parties prenantes, directes et indirectes. Ils s'inscrivent dans un contexte d'organisations pluralistes (Langley *et al.*) ayant chacune ses activités et processus, ses représentations, ses objectifs, ses règles, normes et contraintes et ses modes de communications (communication organisationnelle).

Figure 9 : Une image du parcours



Note : la représentation « en plan » n'est pas fortuite. Si l'on représente le parcours du patient comme étant un « plan informationnel », celui-ci est coupé par d'autres plans ou est plus ou moins parallèle à eux. Nous avons utilisé cette représentation imagée pour matérialiser les différents liens qui peuvent exister entre différents « plans informationnels », celui du patient et ceux des organisations qu'il est à même de rencontrer dans son parcours de santé. Plus ou moins orthogonal pour un événement fortuit, parallèle pour un suivi à plus ou moins long terme, avec, dans ce dernier cas, des échanges plus ou moins réguliers « entre les différents plans ». Un plan « back-office » peut être ajouté, correspondant aux liens directs et indirects avec les AMO et AMC.

D'autres supports, déclarations politiques, dépêches, déclaration d'acteurs de la santé, rapports, etc. mettent en avant les parcours dans d'autres dimensions. Nous citons ci-après les plus marquants.

²⁴⁷ Bizard Béatrice, Gringault Annie, Lumbroso Claudine (2013) « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie », Dossier documentaire, CRDM, 1er octobre 2013

4.3.3 Parcours et stratégie nationale de santé – SNS (2013)

La stratégie nationale de santé a pour objectifs de définir un cadre pour l'action publique liée à la santé pour les années à venir, destinée à combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et à adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux lentes, mais profondes mutations qui sont à l'œuvre (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques, diversification des risques sanitaires...). L'une des priorités de la stratégie nationale de santé est la mise en œuvre de la « révolution du premier recours ». La notion de soins de premier recours fait référence à la prise en charge des symptômes et pathologies courants, dans un souci de proximité et d'accessibilité pour les patients. Le renforcement des soins de premiers recours consiste donc à améliorer l'accessibilité aux soins courants, en centrant la prise en charge sur les patients (voir le chapitre 6.6.1 : Le niveau 1, page 189). La notion de parcours, en relation avec la SNS et la réforme structurelle souhaitée du système de santé, a été rappelée en février 2013 par le Premier ministre, J.M. Ayrault. Le directeur de l'ARS de Bretagne²⁴⁸ le cite ainsi : « Le 8 février 2013, le Premier ministre, Jean-Marc Ayrault, a par ailleurs fixé le cap de la réforme structurelle de notre système de santé afin d'assurer l'équilibre des comptes de l'assurance maladie et donc la sauvegarde de notre système de protection sociale fondé sur le principe de solidarité. Il nous faut reconsidérer " l'organisation du système dans son ensemble, non plus comme une succession d'actes ponctuels, mais comme une organisation en parcours " qui repose sur la coopération des professionnels de santé, des acteurs médico-sociaux et sociaux et sur l'implication des usagers. »

Même s'il est vraisemblablement connoté politiquement (rassurer les hôpitaux publics), le discours d'ouverture prononcé par la ministre de la Santé à Hôpital-Expo en mai 2014 s'inscrit dans cette logique. Si la SNS doit marquer la révolution du premier recours, l'ouverture se fait en mettant l'accent sur l'hôpital. La SNS passe par la « redéfinition de la place de l'hôpital public » dans les territoires. Pour autant, « le service public²⁴⁹ hospitalier n'a pas vocation à rester figé. Sa force est de s'adapter, de se transformer même sans jamais se dévoyer... on ne peut parler d'avenir sans investir..., mais l'investissement ce ne sont pas que des murs : c'est également l'innovation et le numérique ». Le positionnement des différents acteurs sur un territoire est appelé à évoluer. Le profil de la notion de parcours prend forme. « Il est impératif de changer la pratique des acteurs du système de santé. L'enjeu ce n'est plus de raisonner par appartenance à une structure, ce qui pousse à la rivalité et au cloisonnement, mais en fonction des besoins de santé identifiés en proximité. Changer les pratiques des acteurs, y compris hospitaliers, c'est pousser à leur coopération. Il faut passer de stratégies solitaires à des stratégies de groupes d'établissements au sein d'un territoire... un hôpital ultra-connecté avec l'ensemble des offreurs de soins..., mais aussi avec tous les acteurs du monde social et médico-social de leur bassin de vie... le développement de la messagerie sécurisée et du dossier médical personnalisé (DMP)... (bénéficiera) en priorité aux patients atteints de maladies chroniques et aux personnes âgées relevant des expérimentations PAERPA... le DMP 2... sera plus pragmatique et répondra mieux tant aux attentes des professionnels que des usagers... La coordination, la coopération... doivent s'exprimer concrètement... tous les patients se voient remettre une lettre de liaison le jour même où le patient quitte l'hôpital. Cela permettra aux

²⁴⁸ ARS Bretagne (2013) « Parcours de santé, parcours de vie et Territoires. Document soumis à concertation », septembre 2013

²⁴⁹ La notion de Service public est à « géométrie variable ». C'est aussi parfois un mot-valise permettant à chacun de l'interpréter comme bon lui semble. Cette notion a un sens organique (organisation formée d'agents et de moyens matériels, destinée à accomplir certaines dispositions, au sein d'une Administration), ou matériel. C'est alors un organisme à vocation générale. Le Conseil d'État a défini plus précisément la notion de service public en 1963. Sources : [La vie publique](#), [Larousse](#) et [lemondepolitique.fr](#). Sites Internet

professionnels qui prendront le relais d'être pleinement informés de l'état de santé du patient, des traitements suivis, de sa situation sociale. Cette lettre assurera la continuité de la prise en charge entre l'hôpital et la ville... les hôpitaux de proximité... sont un élément clé des parcours de soins parce qu'ils sont au croisement des soins de ville, de l'hôpital et du secteur médico-social. »

De façon plus générale, le parcours de soins tel que décrit ci-dessus répond à plusieurs enjeux de :

- Qualité sociale, comme instrument au service de la réduction des inégalités de santé ;
- Qualité organisationnelle, un parcours de soins réussi est celui qui ne repose pas sur le seul hôpital ;
- Qualité du parcours par son adaptation aux besoins spécifiques de chaque patient pour tracer des parcours.

La qualité du parcours dépend aussi de l'efficacité des pratiques et passe aussi par la lutte contre les actes inutiles. À ce titre, des mesures concernant la responsabilisation des prescriptions seront mises en œuvre en s'appuyant sur trois points clés : la diffusion des bonnes pratiques, des échanges plus nourris entre les professionnels et le renforcement des contrôles (Ibid.). Les supports informationnels, fonction des parcours, restent pluriels :

- Messagerie sécurisée ;
- DMP (personnes âgées dans le cadre de PAERPA et maladies chroniques - ALD) ;
- Lettre de liaison Ville-Hôpital ;
- Carnet de soins pour les personnes en situation de handicap, qui consignera, dans un même document, tous les soins de la personne ;
- Hôpital « ultra-connecté » ;
- Télémédecine...

Le parcours s'inscrit ici, comme c'est l'usage depuis les années 1990, dans une dimension politique liée à l'évolution du système de santé, de la maîtrise des coûts et de la régulation de l'offre et de la demande. Elle s'appuie pour cela sur différents rapports dont nous avons extrait deux exemples apportant deux visions complémentaires : la maîtrise médicalisée des dépenses (HCAAM) et la réponse à la demande d'efficacité des patients et des professionnels de santé (rapport Cordier).

4.3.3.1 Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2012)

Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de 2012²⁵⁰ précise que la notion de parcours est en lien avec la maîtrise médicalisée. Elle s'inscrit dans la logique du médecin traitant, mis en place par la Loi du 13 août 2004, médecin par lequel le patient doit obligatoirement passer avant de voir un spécialiste. Dans le cas contraire, le patient subit une pénalité financière. Cette notion est intéressante dans le cas de la « *surconsommation d'actes médicaux, médecine générale ou spécialisée* », le médecin traitant pouvant avoir un effet limitant (régulation). Cependant, la pénalité (majoration du ticket modérateur) dépend de la typologie du patient. C'est ce qui a amené à la création des parcours responsables, interdisant aux mutuelles de rembourser la pénalité en cas de non-respect du parcours. A contrario, pour un nombre d'accès réduits dans le temps à un spécialiste, le recours systématique au médecin traitant entraînerait un effort financier supplémentaire de la part de l'assurance maladie. Ces cas ont fait l'objet de mesures particulières (cf. infra).

²⁵⁰ HCAAM (2012) « Synthèse thématique des rapports publiés par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie depuis 2004 », ministère des Affaires sociales et de la Santé

Dans la synthèse de ses rapports, le HCAAM présente en 2012 le parcours dans les thématiques transverses regroupant différents sujets dont une grande partie est liée à la maîtrise médicalisée des dépenses : « *Le concept de maîtrise médicalisée de la dépense de santé est né de la volonté de faire de l'amélioration de la qualité des soins et de la maîtrise des dépenses l'affaire conjointe de l'assurance maladie et des professionnels de santé...* (p. 108 et suiv.) *Il y a une dissociation très forte entre la maîtrise médicalisée et la maîtrise comptable. L'objectif de la première est l'amélioration des pratiques médicales pour rechercher l'amélioration de la qualité des soins. Il est fondé sur l'observation de l'importance de l'hétérogénéité des pratiques médicales, sans que celles-ci puissent être expliquées par des conditions épidémiologiques particulières ou des cas cliniques spécifiques* ». Par cette remarque, le HCAAM remet plus ou moins en cause les principes de la charte de 1927, inscrite dans le code de la sécurité sociale en 1945. Même si nombre de médecins s'en défendent, celle-ci reste souvent un prétexte. Certaines questions demeurent. Sur le principe, la régulation par la standardisation et les normes est-elle d'une part un frein à l'innovation ? Ou est-elle un avantage certain dans la maîtrise (médicalisée) des coûts de l'autre ?

Le rapport prend soin de préciser que « *Cette hétérogénéité traduit en partie la singularité du produit qu'est le soin : en matière médicale, il est admis que le poids de l'incertitude et la complexité du processus décisionnel peuvent être considérés comme des créateurs a priori de différences. Mais l'analyse économique avance également l'hypothèse que l'hétérogénéité est un marqueur d'inefficience du système de soins : elle traduirait non seulement l'incertitude, mais aussi l'absence de consensus sur ce que serait la meilleure pratique. Or, si dans des conditions identiques la prise en charge médicale varie, ce sont à la fois la qualité et l'égalité de traitement qui sont en cause.* »

La distinction entre maîtrise médicalisée et maîtrise comptable se fait en fonction des acteurs. La première est portée par les acteurs du secteur conventionnel, la seconde, par le régulateur, autrement dit, l'État, notamment par le biais de l'ONDAM depuis 1996. Il est intéressant de constater que certains cas, comme le recours aux urgences, permettent le recours à un spécialiste, sans que le patient en supporte les pénalités financières... Les pages suivantes du rapport présentent différents outils et solutions, dont « *l'encadrement de la pratique professionnelle par des règles normatives* » (p. 111), permettant la maîtrise des coûts. Le parcours de soins est abordé par la suite, mettant l'accent sur l'insuffisant développement de la prévention. La Cour des comptes (2013) fait état d'une hausse des dépenses d'environ 600 millions de €, uniquement pour la part de la rémunération conventionnelle liée à la mise en place de la mesure du médecin traitant. À l'instar de la Cour de comptes plus tard, le rapport indique que l'incidence financière du parcours de soins coordonné n'a pas fait l'objet d'évaluation financière quant aux dépenses. Les spécialités en accès réglementé après la réforme : ORL, psychiatrie, rhumatologie, gastro-entérologie, cardiologie et pneumologie n'ont pas fait l'objet d'une analyse approfondie. La mise en place du parcours a aussi entraîné une certaine incompréhension chez les patients suivis par des spécialistes, ce qui a entraîné des ajustements par la CNAM au travers de différentes mesures.

Le HCAAM émettait en 2004 un avis « *pour en engagement plus efficient de tous les acteurs* ». À ce titre, il considère qu'il n'est pas pertinent de séparer le préventif (prévenir la survenance d'une maladie, éviter les complications ou les dépendances) du curatif. Apparaît alors le concept de « *Parcours de soins coordonnés* » mis en place par la Loi de réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004 (mise en place du médecin traitant). Il est à noter que la mise en place du médecin-référent, soutenu uniquement par MG-France à l'époque, avait été abandonnée aux principes de la liberté de choix et des pratiques, et de la rémunération à l'acte (« *Nous ne sommes pas des vendeurs d'aspirateurs, de canapés ou d'encyclopédies. Nous*

ne battons pas semelle dans les escaliers comme ces colporteurs [de médecine]... C'est le retour des officiers de santé... »).

Ce que l'on peut déduire en toile de fond, c'est que la mise en place de la notion de parcours de soins s'inscrit dans une logique législative intégrant la notion de maîtrise médicalisée des dépenses. Elle permet aussi, par une meilleure connaissance de la clientèle des différents médecins (par l'intermédiaire de la déclaration de médecin traitant), d'avoir une meilleure connaissance et une meilleure maîtrise de l'offre en fonction des bassins et de faire, en cas de besoin, des actions de sensibilisation ou de prévention plus ciblées (ou de régulation).

Ce dossier transversal du HCAAM concerne aussi le DMP ainsi que le vieillissement et la longévité. Dans ce second cas, un ensemble de pistes sont proposées. En lien avec le parcours de soins, ce rapport indique que « coordonner les soins, c'est encore soigner » (p. 123). Sur le principe, cela permet éventuellement l'ouverture de nouveaux champs professionnels et interroge de nouveau la place et le rôle du médecin traitant en général, et celui des médecins généralistes en particulier qui représentent plus de 90 % des médecins traitants.

Le dernier dossier transversal est consacré aux Outils de la connaissance reposant sur différents outils comme les statistiques et le retraitement des données issues des différents systèmes existants. Ils nécessitent donc la collecte, la transmission et le retraitement de quantité de données, les TIC apportant là une contribution non négligeable.

4.3.3.2 *Le rapport Cordier (2013)*

En lien avec le contexte organisationnel et financier, le rapport Cordier (2013²⁵¹) souligne qu'en « *France comme hors de France, nombreux sont les observateurs à souligner que l'avenir du système de santé passe ou bien par le rationnement des soins ou bien par une meilleure organisation de la dispensation des soins.* » La justification de la nécessité de la mise en œuvre des parcours introduit les demandes des patients et des professionnels de santé à rendre ces parcours plus efficaces (prise en compte de la situation individuelle, diffusion en temps réel [*sic*] des innovations scientifiques et technologiques les plus créatives). Néanmoins, il insiste aussi sur le fait que « *la littérature scientifique, comme de nombreuses initiatives en France ou hors de France, montre très nettement que ce mieux soigner (to cure) et ce mieux prendre soin (to care) viendront au jour ou non pour beaucoup en fonction de la capacité ou non de chacune des différentes compétences professionnelles à savoir intervenir en complémentarité avec les autres, au bon moment, et dans la continuité du traitement et de l'accompagnement* » (p. 8). Viennent ensuite les notions de « *fluidité des parcours de soins et de santé* », en relation avec les dépenses, de sécurité des soins, et de la nécessaire coordination entre les professionnels de l'aigu (le cure), et ceux de la santé (le care) en instaurant une « *médecine de parcours* ».

En ce sens, mais avec d'autres arguments, ces propos rejoignent plus ou moins certaines des attentes syndicales que nous avons abordées avec la notion d'évolution des métiers et l'exemple des délégations. Dans ce contexte, même s'il est nécessaire de garantir la qualité et la sécurité des soins, nos correspondants soulignent que la délégation, par exemple, ne doit pas sous-entendre « *faire pareil à moins cher* » (*information syndicale*), mais les coopérations, en dehors de cas spécifiques comme les RCP, restent peu abordées (par les syndicats notamment).

²⁵¹ Cordier Alain, Chêne Geneviève, Duhamel Gilles, De Haas Pierre, Hirsch Emmanuel, Pariso-Lavillonnière Françoise, Perrotin Dominique (2013) « *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des "sages"* », ministère des Affaires sociales et de la Santé, La Documentation Française.

Ce rapport introduit ainsi le cadre pour la mise en place de la stratégie nationale de santé (SNS) « *Pour le dire plus nettement, la stratégie nationale de santé, c'est développer de bonnes compétences au bon moment sur un territoire donné, pour que chaque personne dont son état le nécessite puisse trouver sur une aire géographique accessible une complémentarité d'offre de soins et d'accompagnement.* » Suivent différentes propositions visant à la réingénierie du parcours de soins.

Un nouveau concept fait son apparition : le parcours dans la maladie. Cette notion, avec le parcours de santé, se précise puisque ces parcours conjoints vont « *de la prévention à l'accès aux dispositifs de soin et d'accompagnement* ».

4.3.4 *Le parcours vu des opérateurs d'État*

4.3.4.1 *Les ARS*

Positionnées à l'échelle régionale, les ARS font le lien entre les décisions de la politique nationale du système de santé et leur déclinaison en région²⁵² : « *Les ARS ont été créées afin d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système (Ndr. de santé).* ». Le parcours de soins entre dans leur mission : « *Les Agences Régionales de Santé ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées. Elles garantissent une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettent une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients.* » À la notion de parcours est associée la notion de fluidité, bien que ces deux notions ne soient pas définies directement. Déclinant la politique nationale, les réflexions restent consensuelles, mais apportent néanmoins quelques précisions relatives aux parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie avec les définitions suivantes²⁵³ :

Parcours

Les parcours sont l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie. Cet objectif est imposé essentiellement par la progression des maladies chroniques. Il nécessite une évolution de notre système de santé historiquement centré sur le soin vers une prise en charge plus complète des individus.

La prise en charge transversale des maladies chroniques implique de multiples intervenants et réduit la place historiquement majeure des soins aigus curatifs au profit des autres formes prises en charge. La spécialisation croissante des professionnels de santé amplifie le phénomène. Ainsi, le champ de la santé s'entend au sens de l'OMS, intégrant la prise en charge sanitaire et sociale des individus.

L'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose ainsi progressivement comme un axe transversal structurant des systèmes de santé.

²⁵² Portail des Agences régionales de santé, site [Internet](#), « *Qu'est-ce que l'ARS : Objectifs* »

²⁵³ Agence régionale de santé, Site [Internet](#) : « *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie* »

Définition

Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours a priori et calibrer et anticiper les ressources nécessaires (d'après une définition de l'ARS Île-de-France).

Objectifs

Les objectifs finaux de l'approche « parcours » peuvent être résumés dans la phrase suivante : faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût.

Cette approche prégnante dans l'élaboration des programmes régionaux de santé des ARS nécessite de cartographier les étapes du trajet du patient tout au long de son parcours de santé en identifiant :

- L'endroit et la manière dont la prise en charge est effectivement réalisée et, le cas échéant, la manière dont elle devrait l'être ;
- Le coût et l'efficacité de chaque intervention (ressources mobilisées par personne) ;
- L'offre et l'organisation des prises en charge.

Périmètre

Le périmètre des parcours s'articule autour de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Les parcours reposent sur l'intervention d'acteurs du système de soins, de services et d'établissements médico-sociaux et sociaux, de collectivités locales, d'autres services de l'État et d'organismes de protection sociale. Les parcours ont une notion temporelle (organiser une prise en charge coordonnée et organisée tout au long de la maladie du patient) et spatiale (organiser cette prise en charge sur un territoire, à proximité de son domicile).

Quelques démarches engagées en régions

Pour construire les parcours et répondre aux besoins de proximité, les ARS engagent des dynamiques partenariales avec les acteurs institutionnels et agissent avec les acteurs de terrain. Le site Internet de l'ARS propose alors différentes vidéos à vocation pédagogique. Toutes ces définitions s'appuient sur une présentation faite par le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) aux ARS en mai 2012²⁵⁴. Il définit le parcours ainsi : « *Un parcours se définit comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement* », et décline les différents parcours :

- Parcours de soins : soins de premiers recours, hospitalisation évitable (urgences), hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, unité de soins de longue durée – USLD et EHPAD ;
- Parcours de santé : parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval, avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile

²⁵⁴ Disponible sur le site [Internet](#) du portail des ARS

- Parcours de vie : parcours de la personne dans son environnement : scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

Note : Ces définitions correspondent dans les grandes lignes à notre approche : le parcours de soin s'insère dans parcours de santé qui s'insère dans parcours de vie. Reste à préciser les notions de soin, santé et vie pour voir quelles sont les extensions nécessaires. Néanmoins, dans les définitions génériques des parcours proposées ci-dessus, le parcours de vie fait abstraction des facteurs quotidiens de vie, les déterminants de santé tels que l'écosystème de la personne, ce qui est lié à la génétique et l'hérédité, etc. Ils sont peut-être sous-entendus par les « ... » dans la dernière définition.

Dans son document de travail, l'ARS de Bretagne²⁵⁵ précise différentes notions en confirmant la complexité du concept. En réponse à la question posée dans son document « Qu'est-ce que un parcours de santé ? Un parcours de vie ? », elle indique qu'il n'y a pas de réponse univoque, ce qui permet à chacun d'interpréter ces notions en fonction de ses besoins et attentes : « C'est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un usager dans un système de santé organisé et coordonné, dans un temps et un espace donnés. La coordination améliore la qualité de la prise en charge et la viabilité économique de notre système de santé. Elle s'exerce sur tout ou partie du parcours. Le périmètre du parcours de santé couvre les champs de la prévention, du soin, du médico-social et du social. Lorsque la situation le nécessite, la coordination des acteurs s'étendra au périmètre du parcours de vie en associant notamment les dimensions éducatives, environnementales et professionnelles. » Néanmoins, il existe un certain nombre de notions sous-tendues que nous avons matérialisé dans le chapitre suivant. Il est à noter qu'une distinction s'opère entre le sanitaire (les soins) et le secteur social et médico-social. Compte tenu de la complexité des différents systèmes (voire l'extension aux), ceux-ci peuvent être mobilisés si nécessaire, mais cela reste encore compliqué. Cette approche rejoint sur le principe les déclarations de la Charte de Tallinn et l'incidence de l'ensemble des politiques, nationales, mais aussi supranationales, sur les déterminants de santé et le parcours de vie.

4.3.4.2 L'Observatoire de la régionalisation

L'observatoire de la régionalisation propose pour sa part, en décembre 2013²⁵⁶, de mettre en place un financement des parcours de santé reposant sur différents rapports et études :

- Celle de la HAS²⁵⁷ sur les parcours de soins personnalisés relatifs à différentes thématiques (chronicité, âge, liaison EHPAD – Urgences...) ;
- L'évolution de la T2A pour intégrer la notion de groupes homogènes de parcours, limitée dans un premier temps à l'hôpital (Pacte de confiance, rapport Couty). Comme le remarque l'Observatoire, « Pour renforcer la médecine de parcours et favoriser l'émergence d'un financement par parcours de santé, intégrant l'hôpital et la ville, il faut réaliser un bilan économique du parcours de soins et évaluer ses coûts, sur le modèle suivi dans la construction du PMSI. » Une mesure du même ordre avait été prévue dans les ordonnances de 1996 et leur mise en œuvre à la fin des années 1990 avec le financement de l'équipement informatique des cabinets de ville (remontée des diagnostics et des actes, mise en place de la nomenclature CISP). Elle n'a jamais été mise en œuvre.
- Rendre publiques les données du SNIIRAM : de timides tentatives sont en cours. Cependant, obtenir des jeux de données, même anonymisés, reste compliqué, avec des délais de constitution de dossier et d'instruction de la demande souvent incompatibles avec les besoins d'un projet comme le nôtre. Cela pourrait

²⁵⁵ ARS de Bretagne (2013) Op. cit.

²⁵⁶ Mouillet Laurence, Truchot Sophie, Evain Aldric (2013) « Plate-forme de proposition de l'observatoire de la régionalisation », Observatoire de la régionalisation

²⁵⁷ HAS (2015) « [Parcours de santé \(A-Z\)](#) », HAS, Site Internet.

néanmoins s'envisager dès le début d'un projet de thèse, mono ou multidisciplinaire.

- Développer un accès à la base SNIIRAM à l'aide de la carte Vitale. Nous citons ici *in extenso* la proposition : « À ce jour, la seule information dont disposent les professionnels de santé est celle véhiculée par le patient. Pour une meilleure coordination et une amélioration de la qualité des soins, il est possible d'imaginer une nouvelle carte Vitale qui permette un accès direct à une partie de la base du SNIIRAM et au dossier pharmaceutique pour permettre au professionnel de santé qui reçoit le malade de consulter les prescriptions et de voir quels professionnels de santé ont été consultés par le patient. La logique de traçabilité devra bien sûr s'accompagner d'un travail d'acculturation des professionnels de santé (développement professionnel continu, "DPC croisés" entre les différentes professions de santé...). » Pour les libéraux, le portail Améli-Pro ne donne qu'une vue partielle de ces informations, en raison de la notion de secret médical d'une part, mais aussi de la liberté de choix de l'autre (le nom du praticien visité n'est pas mentionné). Malgré différentes propositions, le dossier pharmaceutique a été construit de façon isolée dès le début. Utilisant un format spécifique et des données qui restent à requalifier (dont l'anonymat du prescripteur), son intégration sera certainement complexe. L'acculturation à ces outils est une demande des différents syndicats, elle reste néanmoins à mettre en œuvre. Une partie de ces propositions trouverait des réponses dans le transfert du DMP à la CNAM.
- Faire remonter les expériences régionales sur les parcours. Outre les travaux lancés au plan national, il existe de nombreuses expérimentations menées en région. Leur hétérogénéité rend complexe leur intégration, mais constitue aussi une belle base de capitalisation et de retour d'expérience... qui reste à construire.

4.3.4.3 La HAS

La HAS est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. Ses productions concernent tant l'évaluation et les recommandations que l'accréditation (de certaines organisations de santé) et la certification (dont certains logiciels destinés aux professionnels de santé). Pour se faire, outre ses documents de référence, elle produit aussi différents outils, guides et méthodes à destination des professionnels et des établissements de santé.

Pour la HAS, le parcours recouvre de multiples dimensions, chacune d'entre elles nécessitant une approche plus ou moins spécifique. La HAS²⁵⁸ propose différents outils à destination des professionnels de santé (organisation et amélioration des pratiques) ou des institutions, majoritairement les ARS, qui ont pour charge à la fois d'organiser les parcours et d'accompagner les professionnels de santé concernés. Citons pour mémoire :

- Le plan personnalisé de santé (PPS), dans le cadre de PAERPA. C'est un plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité ;
- La mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre PAERPA (cahier des charges et référentiels-cadres : Dépression, prévention des chutes, polymédication et polyopathologies) ;

²⁵⁸ HAS (2013) « [Mettre en œuvre les parcours](#) », HAS, Site Internet, mis en ligne le 20 sept. 2013. Le portail « maître » regroupe des informations complémentaires concernant tant certaines pathologies que certains outils spécifiques. Site Internet de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1_250_003/fr/parcours-de-sante

- Le dossier de liaison d'urgence (DLU). Il concerne les liens réciproques entre les EHPAD et les Urgences hospitalières. Il s'agit d'améliorer les transferts d'informations utiles et nécessaires au médecin intervenant en urgence, pour une meilleure prise en charge du résident en EHPAD ou dans un service d'urgences. Il permet de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins lors des situations d'urgence et d'éviter des hospitalisations inappropriées ;
- La check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h est destinée à organiser la sortie d'hospitalisation pour minimiser les ruptures de parcours et les réadmissions non programmées. C'est un outil d'apprentissage et de formation en trois parties : le repérage des facteurs de risque de réhospitalisation, l'attention portée à l'information du patient et à la continuité avec les équipes de soins primaires, incluant la remise au patient et à son médecin traitant le jour de la sortie, d'un document résumant les principaux résultats de l'hospitalisation et les informations nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins et la mise en place d'une logistique adaptée ;
- Le document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h. C'est un document type destiné à être adressé au professionnel de santé en charge du patient en aval de l'hospitalisation, dans les 24 h suivant cette sortie. Dans le cas d'une version « intermédiaire », une seconde version, complète, comprendra les résultats indisponibles le jour de la sortie. Quatre types de documents sont disponibles : une fiche dite de contenu métier, un guide d'utilisation, un document type au format traitement de texte et une analyse bibliographique.
- Les démarches centrées sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique et suivi. Considérant qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches, les trois fiches principales se proposent :
 - D'aider à la personnalisation des soins (fiche d'écoute) ;
 - De développer et renforcer les compétences du patient (éducation thérapeutique en lien avec la stratégie thérapeutique) ;
 - D'améliorer la continuité des soins dans le temps par l'évaluation régulière et le soutien au patient tout au long de son parcours (équipes pluriprofessionnelles).
- La mobilisation des acteurs pour déployer les parcours sur le terrain. Il s'agit d'aider au renforcement ou à l'émergence de nouvelles organisations « centrées sur la personne ». C'est un programme de travail réparti en trois axes :
 - Une feuille de route stratégique au plan régional ;
 - Un plan d'action concernant les organisations de soin ;
 - Une cadre d'aide à la mise en œuvre dans les démarches professionnelles au quotidien (mise en œuvre des actions, amélioration des pratiques).
- Une grille d'auto-évaluation des réseaux de santé (évaluation des pratiques, amélioration des pratiques) avec trois axes principaux : une aide à l'organisation des parcours, une aide à l'organisation du travail pluri-professionnel et un référentiel d'évaluation ;
- Une fiche de cadrage relatif aux prestations dérogatoires des réseaux de santé (la moitié des réseaux de santé environ sont concernés, dans le cas de prestations qui ne font pas l'objet d'une nomenclature).
- Un tableau de bord de suivi des indicateurs de suivi des réseaux de santé (tableau de bord modèle de suivis d'indicateurs destinés à alimenter le suivi de l'atteinte du CPOM) ;

- Des outils de déclinaison du parcours des patients insuffisants rénaux en prétraitement de suppléance.

Cet ensemble de publications et ces outils se complètent de « fiches point clé des parcours », fiches proposées sous la forme de questions permettant soit de repérer les étapes critiques des parcours dans le cas de pathologies particulières, soit d'aide à l'organisation et l'optimisation des parcours de santé, sans relation directe avec les cas précédents. Comme les publications précédentes, elles concernent aussi bien les professionnels de santé et les institutions dont, au premier chef, les ARS. Ce sont, pour mémoire, des réponses aux questions suivantes. Comment :

- Repérer la fragilité en soins ambulatoires ?
- Prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?
- Réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?
- Prévenir les réhospitalisations après une exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive ?
- Mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une broncho-pneumopathie chronique obstructive ?
- Mettre en œuvre l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux.
- Organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ?
- Améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?
- Prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied ?
- Élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluri-professionnels ?
- Prendre en charge une personne âgée polyathologique en soins primaires ?
- Organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ?
- Réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD ?

Enfin, deux dernières recommandations concernent :

- Les protocoles de coopération entre les professionnels de santé comme prévus par la Loi HPST de 2009. Ils concernent, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la HAS ;
- La coordination des soins, principalement dans le cadre de « l'article 70 » de la Loi-cadre de 2012 concernant les expérimentations visant à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l'hospitalisation (module 1) et de coordonner les soins en sortie d'hospitalisation (module 2).

Comme il est possible de le constater ci-dessus, les publications, les recommandations et les outils proposés sont le reflet de la richesse de la notion de parcours, qu'il soit formel (les réseaux) ou non.

Nous nous sommes inspirés de certains de ces documents, en complément des thèses « générales » ou celles soutenues en médecine, pour élaborer notre questionnaire.

4.3.4.4 L'ANAP

Pour l'ANAP, la notion de parcours s'inscrit dans le support et la mise en œuvre des décisions ministérielles. Plusieurs dimensions sont abordées, le parcours des personnes

âgées avec le projet PAERPA, celui lié à la santé mentale, les parcours possibles liés à la mise en œuvre de la stratégie dite du « *virage ambulatoire* ». Elle concerne donc plusieurs secteurs du système de santé, avec des approches différenciées en fonction des environnements et des demandes des tutelles. Ces approches se font le plus souvent en partenariat avec certains des partenaires mentionnés dans ce chapitre.

4.3.4.5 L'ASIP

Dans le contexte de l'« e-santé », l'ASIP précise le 5 juillet 2013 : « *L'une des vertus les plus souvent attachées à la e-santé (sic) est bien celle du décloisonnement des soins et de la fluidification du parcours de soins. En effet, la numérisation des échanges au travers les dossiers de santé électroniques sécurisés et partagés tels que le DMP permettent à chaque professionnel d'avoir un accès facilité aux antécédents médicaux de leur patient. Ainsi, la continuité des soins est mieux assurée. En plaçant le patient au centre du dispositif et non plus l'organisation qui le soigne, sa prise en charge est améliorée.* »

Dans sa plaquette de présentation, elle précise les différents dispositifs technologiques déployés pour faciliter à la fois le développement « de l'e-santé » et faire gagner du temps et de l'efficacité aux médecins généralistes (carte CPS, VSM, MSSanté, DMP), les établissements de santé (DMP, solutions SAMU, ROR), les autres professionnels libéraux (DMP, interopérabilité) et les patients (DMP).

En complément des moyens technologiques, le patient voit sa place migrer vers le centre du dispositif de soins. Mais pour quels objectifs ?

4.3.4.6 La CNSA

De part de son positionnement dans le paysage du système de santé, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a une approche globale, par le parcours de vie. Dans les extraits de son rapport de 2012²⁵⁹, elle fait référence à la Charte d'Ottawa de 1986 pour situer son action et rappelle l'adhésion de la France à une approche globale de la santé prenant en compte la diversité des déterminants de la santé devant permettre à l'individu d'être acteur de son projet de vie. Et de rappeler : « *La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie. Elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé*²⁶⁰ ». Cette charte précise aussi : « *L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux* ». Suivent six engagements relatifs à la promotion de la santé.

Au travers des engagements pris par la France, la CNSA rappelle que « *Le chemin était donc tracé pour faire en sorte que les professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social mobilisent des approches et des savoir-faire spécifiques, mais également complémentaires, dans le respect de l'intégrité de la personne. Cette approche systémique et longitudinale prend une acuité particulière pour les personnes en situation de handicap dont le parcours de vie est intimement lié à leur état de santé, et à une époque où l'augmentation des maladies chroniques oblige à envisager les soins non plus comme une intervention ponctuelle et purement sanitaire,*

²⁵⁹ CNSA (2012) « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », extrait du rapport 2012 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Site [Internet](#)

²⁶⁰ Charte d'Ottawa, page 5, chapitre « La marche vers l'avenir ».

mais comme un élément d'un parcours. Cette conception se retrouve aussi pleinement dans la définition du handicap posée par la Loi du 11 février 2005²⁶¹. »

La CNSA précise ainsi les notions de « soins » (maintien et développement des capacités de la personne à agir sur les déterminants de sa santé) et de « prendre soin » qui est assuré par l'entourage et les professionnels puis elle introduit la notion d'accompagnement. Si le Code de la santé publique traite de l'organisation du système de santé, le Code de l'action sociale introduit de nombreuses notions complémentaires. L'article 116-1 précise : « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1.* »

L'article 311-1 du même code, modifié par Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011, art. 191, définit (partiel) : « *L'action sociale et médico-sociale, au sens du présent code, s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale suivantes :*

- *1 Évaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;*
- *2 Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;*
- *3 Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;*
- *4 Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;*
- *5 Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;*
- *6 Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.*

Ces missions sont accomplies par des personnes physiques ou des institutions sociales et médico-sociales... Sont qualifiés d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif, les établissements et services privés qui... établissent, le cas échéant, des coopérations avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux pour organiser une réponse coordonnée et de proximité aux besoins de la population dans les différents territoires, dans un objectif de continuité et de décloisonnement des interventions sociales et médico-sociales réalisées au bénéfice des personnes accueillies ou accompagnées. »

Bien que la notion de parcours de santé, *a fortiori de vie* soit transversale au système de santé (et des autres systèmes dans lesquels ces parcours s'inscrivent), il existe toujours une scission entre les différents secteurs comme rappelés dans les articles cités ci-dessus, bien que l'article 116-1 inscrive l'action sociale dans une approche interministérielle.

²⁶¹ « Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Le rapport de la CNSA de 2012 introduit de nombreuses notions complémentaires : « *La parole et les choix de l'usager sont centraux : cette capacité à écouter la personne dans la complexité et la diversité de ses besoins, à accompagner l'expression d'un savoir profane, est une marque – hélas sous-estimée – de la prise en charge médico-sociale*²⁶². *L'expression d'un projet de vie permet de rechercher en permanence la plus grande cohérence possible entre, d'une part, les aspirations de la personne, ses ressources et ses capacités, et d'autre part les aides et accompagnements qui lui sont proposés. En effet, doivent être pris en compte à la fois son projet de vie personnel, son état de santé, son autonomie dans la vie quotidienne, son environnement familial et social et ses ressources.*

*Ces différentes dimensions seront amenées à évoluer tout au long de la vie de la personne et nécessiteront un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre, en fonction de ses besoins, de ses choix et de l'évolution de son environnement (tolérance de la société envers la différence, adaptation des réponses, accessibilité...). Loin d'être linéaires, les parcours des usagers les amènent à avoir recours à plusieurs "composantes" de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale de façon parfois simultanée, parfois successive et itérative. Ainsi, l'accompagnement sanitaire et l'accompagnement social se superposent, et plus encore : se commandent mutuellement*²⁶³. *Il en est de même pour la scolarisation des enfants handicapés. Les enseignants de l'école ordinaire et les professionnels spécialisés du secteur médico-éducatif doivent adopter des logiques de co-intervention dans la mesure où leurs domaines respectifs se recouvrent et se superposent*²⁶⁴ ».

La clé d'entrée pertinente n'est plus l'offre et ses différentes catégories dans une logique de « lits et places » ou les frontières entre territoires institutionnels, mais l'usager et ses besoins et ses attentes, le partage d'objectifs communs au service des personnes. Outre leur optimisation, l'articulation entre les acteurs est liée à la dynamique de l'évolution du patient dans le temps. « ... *Optimiser les parcours passe donc par une attention accrue à la prévention et à l'anticipation des moments charnières, des risques de ruptures et de dégradation de l'état de santé, à l'agencement des différents accompagnements entre eux et à leur capacité à évoluer dans le temps avec les besoins et attentes de la personne (la notion de parcours comporte un caractère nécessairement dynamique). En effet, ainsi que l'écrivent l'Assemblée des départements de France et plusieurs fédérations du monde du handicap*²⁶⁵, *le parcours de vie d'une personne adulte en situation de handicap ne doit plus s'identifier à son séjour dans un établissement. Ce parcours est constitué – comme pour tous nos concitoyens – d'une série d'étapes et de changements en termes notamment de mode de vie, de lieu de vie, de mobilité résidentielle, d'activités et de situations relationnelles... »*

La CNSA distingue ensuite les notions de parcours de vie (vue globale) de parcours de soin (avec semble-t-il une restriction au sanitaire) ou au parcours de santé (avec, semble-t-il, une restriction au monde social ou médico-social).

Pour la CNSA, le parcours de vie se définirait ainsi : « *La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes "périodes" et les transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa*

²⁶² Piveteau Denis (2012), « Un nouveau projet pour le secteur médico-social ? », in *Revue hospitalière de France*, n° 544, jan.-fév. 2012

²⁶³ *Ibid.*

²⁶⁴ Hervé Benoît (2012), « Pluralité des acteurs et pratiques inclusives : les paradoxes de la collaboration », in *La Nouvelle Revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 57

²⁶⁵ ADF/Organisations du secteur du Handicap (2012), « Parcours résidentiel et parcours de vie des adultes handicapés : vers une refondation », *Protocole d'accord et déclaration commune*

capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale.

Cette notion, qui repose donc sur le vécu de la personne dans son environnement, interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé, mais aussi éducation, formation, justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi, etc.) et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement qui leur sont offertes (soins, accompagnement social et médico-social, ressources...).

Pour le Conseil de la CNSA, les politiques publiques dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS) doivent donc favoriser la continuité des parcours de vie des personnes de façon à éviter, ou à défaut à accompagner les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, dans le respect de leur projet de vie, de leurs aspirations ou préférences personnelles et de leur dignité humaine. »

À chaque niveau, soin, santé et vie, correspond un ensemble de prises en charge ou d'accompagnements possibles qui se caractérisent par leur grande hétérogénéité, tant pour les réponses apportées que par les moyens mis en œuvre (les ressources au sens large et leur disponibilité), qui dépendent actuellement de différents secteurs et de leurs politiques associées. Sur le principe, cette hétérogénéité se traduit aussi dans les échanges et partages d'information. Les différentes ruptures ou les différents chevauchements informationnels, indépendamment des outils supports de l'information, des formats de données ou des contextes d'accès, de partage ou d'échange, sont eux-mêmes source de difficultés et de dysfonctionnement.

La CNSA indique, elle aussi, dans son chapitre « *Une prise de conscience croissante, mais des réalités différentes derrière le terme "parcours"* », que cette notion de parcours est « *à géométrie variable* ». Elle fait le bilan de l'hétérogénéité du paysage des parcours dans le sous-chapitre : *Un système fragmenté* (p 5). Si la CNSA note une prise de conscience croissante, bien que tardive (p. 8), elle note aussi que « *dans ce contexte et face à ce constat partagé, la notion de parcours (parcours de soins, parcours de santé ou plus largement parcours de vie) tend à devenir un nouveau paradigme autour duquel s'articulent les propositions d'amélioration du système de santé et des politiques publiques en direction de publics fragiles.* »

4.3.4.7 L'UNIOPSS

Le constat de la CNSA sur les cloisonnements est partagé par l'UNIOPSS, Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (secteur non lucratif de la solidarité), qui s'intéresse aux parcours dans le cadre de son plan stratégique 2014-2020 : « *Les politiques sociales sont de plus en plus complexes, instables, et exigent toujours plus de professionnalisme. Elles restent marquées par leur organisation d'origine, en silos et financements étanches. Leur lisibilité est de plus en plus difficile pour le citoyen. Celui-ci est confronté à des problèmes multiples qui réclament un traitement d'ensemble, ce que l'organisation administrative ne permet que rarement. Un maillage territorial de proximité doit permettre, par la coordination et la coopération des acteurs, d'assurer, sur le terrain, une meilleure fluidité des parcours et une prise en charge globale des personnes accompagnées. L'objectif de cohésion sociale relève, au-delà des politiques sociales, de l'ensemble des politiques publiques.* » Dans ses trois missions prioritaires, la première, « *Agir dans la société* » souhaite « *Promouvoir la cohésion sociale avec une vision globale du parcours de vie des personnes* ». Sur le principe, cette approche fait, elle aussi, écho des conclusions de la conférence de Tallinn de 2008 sur les systèmes de santé. À ces parcours de vie est associée la notion de « *rupture biographique* », qui marque les différents « incidents » de la vie en général, le vieillissement en particulier.

Cette rupture biographique a lieu à plusieurs moments de la vie. L'exemple emblématique est l'hospitalisation qui marque le plus souvent une rupture biographique totale, du monde social et du monde professionnel. Dans le cas d'une pathologie à « chronicité variable », c'est-à-dire totale et non rémissible, ou partielle, elle induit des bouleversements plus ou moins profonds dépendant de plusieurs facteurs, dont le patient lui-même. En fin de vie, la mise en institution (EHPAD) est une rupture totale, souvent définitive.

4.4 Des parcours, notre approche

4.4.1 Introduction

En fonction du niveau d'approche, macro et essentiellement politique, méso et associé aux intervenants de santé et micro et centré sur une problématique donnée à caractère sanitaire (un âge, une pathologie), médico-sociale ou sociale (un environnement, des déterminants de santé et leurs altérations), le parcours et ses dimensions justifient la notion de « *géométrie variable* » de la CNSA, le plus souvent en relation avec la fragmentation du système de santé, de ses politiques et de ses intervenants. C'est ce qui justifie, *a priori*, ce que la CNSA appelle la « *vision du paradigme individuel* ». Il est aussi possible de penser que ce parcours, qui introduit une notion de transversalité liée à l'usager, est un moyen de faire bouger les lignes de l'isomorphisme normatif que nous introduisons plus loin. Le rôle des usagers allant grandissant, ils seraient aussi un levier pour faire bouger les frontières par l'intermédiaire de différentes réformes ou évolutions souhaitées ou souhaitables (« *contrebalancer les logiques sectorielles* ») qui prennent (comme souvent) le patient comme faire valoir...

Pour plusieurs auteurs comme Fleury et Ouadahi (2002²⁶⁶), la transversalité nécessite une intégration qui s'inspire des modèles de réseaux de services (Alter, 1990, cité p. 25) en s'apparentant plus ou moins à ce que Saint-Pierre et Gauthier (2011²⁶⁷) préfèrent appeler un réseau en action plutôt que de la réalisation d'actions en réseau. Dans leur article, Fleury et Ouadahi considèrent que l'approche par les services intégrés permet « *une offre de services et de soutien, de traitement et de réadaptation variée et continue, dispensés majoritairement dans la communauté par un ensemble de prestataires (institutionnel, communautaire/alternatif et intersectoriel) coordonnant leurs services. Cette intégration se structure en fonction du principe de "l'appropriation du pouvoir" de la clientèle.* » Cette approche appelée de leurs vœux par de nombreux acteurs se heurte néanmoins souvent à la réalité, en raison de leur dispersion et des enjeux que ces modifications induisent. Schaller et Gaspoz (2008²⁶⁸) soulignent que « *le découpage de la population, en segments d'assurance ou en approches thématiques, empêche le déploiement de toutes les stratégies permettant l'intégration des services en réseaux de santé* ». Selon eux, l'approche par les parcours implique ce qu'ils appellent à un changement de paradigme dans la santé, en passant d'une organisation dispersée à une organisation intégrée des soins, voire de la santé qu'ils résument dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Un changement de paradigme en santé

| Organisation actuelle | Intégration des soins |
|------------------------------------|---|
| Système axé sur la maladie | Système valorisant la santé et le bien-être |
| Une responsabilité « patient » | Une responsabilité populationnelle |
| Des objectifs de guérir et soigner | Des objectifs de prévenir, guérir et soutenir |

²⁶⁶ Fleury Marie-Josée, Ouadahi Youcef (2002) « *Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement* », *Revue Santé mentale au Québec*, Vol. 27, n° 2, p. 16-36

²⁶⁷ Saint-Pierre Michèle et Gauthier Jacques-Bernard (2011). *Op. cit.*

²⁶⁸ Schaller Philippe, Gaspoz Jean-Michel (2008) « *Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique* », *Revue médicale Suisse*, n° 272, p. 2034-2039

| Organisation actuelle | Intégration des soins |
|---|--|
| Une réponse aux demandes | Une réponse aux besoins |
| Priorité aux soins et services | Considération de l'ensemble des déterminants |
| Logique d'établissement | Une logique de réseau |
| Un contexte de compétition | Un contexte de collaboration |
| Un budget par mission | Un budget par : – population ; – programme-service |
| Une gestion centrée sur la production interne | Une gestion de partenariat |
| De la multidisciplinarité | À l'interdisciplinarité |

Source : Schaller et Gaspoz (2008)

Cette approche transversale, ou intégrée, a aussi, nous y revenons plus loin, des incidences sur l'isomorphisme coercitif (politiques de santé sectorielles, enchevêtrement des compétences de régulation – qui décide quoi, redondance...) et normatif avec le secteur ambulatoire, le secteur hospitalier, le secteur social, le secteur médico-social, le secteur des personnes âgées, le secteur personnes handicapées, le secteur santé mentale, etc. Ce point de vue a souvent été exprimé et débattu comme lors des journées PAERPA à Montpellier en 2014, mettant par exemple aussi au jour des « querelles sémantiques entre MAIA et PAERPA », de façon caricaturale, l'un chassant ou empiétant sur le territoire de l'autre, et vice versa. Le poids de l'histoire, les relations professionnelles entre les différents acteurs d'un territoire ou d'un bassin sont prépondérantes à cette échelle, avec des regroupements fort bien réussis chez certains d'entre eux...

D'autre part, en fonction des intérêts du moment, surtout au niveau méso, chaque grand groupe d'acteurs revendique la paternité d'un parcours donné, sa coordination, sa gestion... et les moyens associés. La notion de parcours étant par définition multidimensionnelle, ces cloisonnements sont aussi accrus par la spécialisation croissante des différents intervenants et du caractère sectoriel des politiques. Ce constat partagé par nombre d'acteurs n'est pas spécifique à la France. Kodner (2009²⁶⁹, p. 9, Canada) constate une « ... *sérieuse inadéquation entre les besoins complexes d'un nombre croissant de personnes âgées fragiles et de personnes ayant des maladies chroniques et des handicaps d'une part, et l'orientation de plus en plus anachronique de notre système de santé vers les soins médicaux aigus et épisodiques d'autre part...* » Schoen et al. (2011²⁷⁰) font un constat similaire dans leur enquête réalisée dans onze pays. Pour reprendre la réflexion de Kodner (2011) à propos des soins intégrés, la notion de parcours est utilisée par des acteurs différents comme un test de Rorschach, pour parler de choses et d'acceptions différentes. Pour cet auteur, ce manque de spécificité et de clarté nuirait à la compréhension du concept, à son application et à son évaluation. Pourtant les discours sur les parcours, comme sur l'intégration des soins, continuent d'être vigoureux et sont au cœur de nombre de politiques de santé.

Un constat qui laisse relativement « perplexe » en relation avec l'absence d'approche consensuelle sur le sujet : d'un côté, ces regrets sont exprimés au regard de cette fragmentation des acteurs que l'intégration serait à même de limiter (Contandriopoulos et

²⁶⁹ Kodner Dennis L. (2009) "All together now: a conceptual exploration of integrated care." *Healthcare quarterly* (Toronto, Ont.), vol. 13, special issue, pp. 6–15

²⁷⁰ Schoen Cathy, Osborn Robin, Squires David et al. (2011) "New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated." *Health Affairs*, vol. 30, n° 12, pp. 2437–2448 (Australia, France, Germany, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, the United Kingdom, and the United States)

al. 2003²⁷¹), de l'autre, elle semble normale en raison de la pluralité des réponses et des parcours possibles... et des intérêts des acteurs concernés.

Sur le principe, il semble s'agir principalement d'un problème d'organisation qui met en bute l'isomorphisme normatif, avec un risque de perte d'influence des différents acteurs ou institutions, voire de disparition ou d'intégration dans un ensemble plus vaste, et pas forcément plus performant ou efficient. Cette remarque à propos de cet isomorphisme est applicable à tous les niveaux du système de santé. Cependant, comme cela est souligné, la richesse des intervenants possible entraîne aussi une rigidité du système.

Note : Nous avons rencontré des difficultés et des freins similaires dans le cadre d'un projet relatif à l'informatisation de l'action sociale pour les personnes en grande difficulté ou en situation de précarité. Notre interlocuteur faisait le constat de la disparité des organismes prenant en charge ces personnes en lien avec leur statut, associatif ou autre, et leur périmètre d'intervention, local (ville), départemental, régional ou national. Chaque structure a « sa propre clientèle » (sic) et ses propres systèmes de gestion et de suivi, dépendants de son champ de compétences, et refuse le plus souvent de partager quoi que ce soit. Les intervenants départementaux de l'action sociale y voyaient aussi une mise « sous coupe réglée de la pauvreté à des fins coercitive » et refusaient toute remontée d'indicateurs...

Au regard de notre problématique et de notre besoin, nous proposons dans les chapitres suivants notre approche des parcours en relation avec les niveaux de prise en charge et de communication. Nous revenons dans un second temps sur la notion d'intégration des soins évoquée précédemment.

4.4.2 Parcours de soins

Le parcours de soin correspond à la prise en charge de l'ensemble des situations destinées à apporter une réponse immédiate à un problème de santé. Il est gradué en fonction de la gravité et est généralement centré sur une période courte. Les prises en charge plus longues s'inscrivent normalement dans le parcours de santé. Cependant, comme le laissent supposer les définitions ci-dessous, le soin ne se limite pas au traitement d'une pathologie à un moment donné. Il comprend un ensemble d'actions complémentaires que l'on retrouve pour tout ou partie dans les outils, recommandations, etc. proposés par la HAS par exemple. En fonction de la personne, la segmentation entre parcours de soin et parcours de santé est « relative ». La communication et la qualité de l'articulation y revêtent alors une importance particulière permettant d'assurer une continuité dans la prise en charge et les flux.

Parmi les différentes définitions, soigner signifie « s'occuper du bien-être matériel et moral d'une personne » ([CNRTL, soigner](#)), le soin étant le « Souci ou la préoccupation relatifs à un objet, une situation ou un projet auquel on s'intéresse » et « l'intérêt ou l'attention que l'on a pour quelqu'un ». Avoir soin ou prendre soin consiste à « s'occuper de la santé, du bien-être moral ou matériel de quelqu'un », mais cela correspond aussi aux « Actes de sollicitude, de prévenance envers quelqu'un, actions par lesquelles on s'occupe de la santé, du bien-être physique, matériel et moral d'une personne » et, plus particulièrement « l'ensemble des actions et pratiques mises en œuvre pour conserver ou rétablir la santé » ([CNRTL, Soin](#)).

4.4.3 Parcours de santé

Le parcours de santé vise à l'amélioration, ou au mieux, au maintien de l'état de santé d'une personne, en s'inscrivant dans une logique pluridisciplinaire qui n'intéresse pas que le secteur sanitaire, mais aussi le secteur médico-social et social. Il comprend donc l'ensemble des mesures de prévention, quelle qu'elle soit, car celle-ci est indépendante de l'âge et n'est pas uniquement centré sur les personnes en voie de dépendance. Le parcours de santé

²⁷¹ Contandriopoulos André-Pierre, Denis Jean-Louis, Touati Nassera, Rodriguez Charo (2003) "The integration of Health Care: Dimensions and implementation" Gris, Université de Montréal. (2004 for the French version)

intègre un ensemble de parcours de soins, conjoints ou disjoints, intercurrents ou non. D'un point de vue informationnel, le parcours contient les éléments de fond qui caractérisent l'histoire de la santé (au sens de l'OMS) du patient. À ce titre, tous ces éléments ne sont ni partageables ni échangeables. Dans ce contexte, la notion de santé se décline en différents axes dont :

1. L'état de santé qui intéresse l'état physique d'une personne considérée d'une manière globale (approche biopsychosociale) et sur lequel on porte généralement une appréciation. Généralement, cette notion se limite à la recherche de l'absence ou la présence de symptômes ou de maladie (ou de pathologie, dans son acception la plus générale), en lien avec le milieu de vie ou non ;
2. Pour la médecine, elle concerne ce même état de santé avec une approche principalement « biologique » ;
3. D'une façon plus générale, la notion de Santé publique recouvre l'ensemble des mesures mises en œuvre dans un pays pour améliorer ou protéger l'état de santé de la population, ses conditions d'hygiène, son bien-être et son environnement. C'est sur cette notion que reposent généralement les grandes politiques gouvernementales.

4.4.4 Parcours de vie

Le parcours de vie intéresse le parcours d'une personne dans son environnement, de l'antepartum au post-mortem. Il est influencé par des facteurs environnementaux (parcours scolaire, professionnel, milieu et conditions de vie...), sociaux ou génétiques : les déterminants de santé. Le parcours de vie n'est pas linéaire, car il évolue en fonction des besoins de la personne, de toute nature, et ses capacités à les satisfaire directement ou indirectement (accompagnement personnalisé).

Si le parcours de soins intéresse de prime abord l'immédiat, le parcours de santé et le parcours de vie intéressent plus particulièrement les dimensions épidémiologiques et socio-économiques (vu d'un point de vue médical. Les dimensions sociales sont ici omises). Ainsi, si l'augmentation des dépenses de santé « liées » au vieillissement de la population est constatée par les tenants du parcours de soin et de sa maîtrise, l'approche socio-économique des parcours de santé et parcours de vie est loin d'être aussi formelle. Les échanges et les partages d'information concernent ces trois niveaux, avec une temporalité et des finalités différentes. *A priori*, la médecine dite prédictive intéresse les parcours de santé et les parcours de vie. Les travaux et publications de l'OMS se situent notamment ce niveau, ses actions sur le terrain se rapprochant des soins et de la prévention.

4.4.5 Les parcours ensemble

Figure 10 : Des parcours imbriqués...

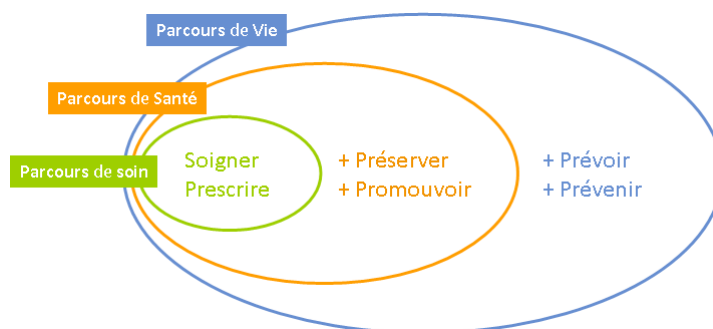
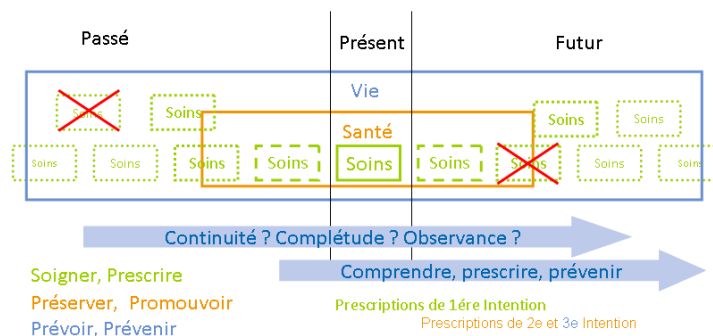


Figure 11 :... qui s'échelonnent dans le temps.



En fonction des approches et des besoins, la notion de parcours peut faire référence à trois contextes temporels et spatiaux différents, porteurs d'informations ayant une portée et une utilité différentes :

- Dans le passé avec en sous-entendu le chemin parcouru auquel on fait référence dans de nombreuses situations, au sens propre, avec l'idée d'un ou de « *déplacements physiques* » d'un point à un autre, ou au sens figuré comme le parcours scolaire (matérialisé par les diplômes), le parcours professionnel (le CV), le parcours social, pénal, etc. Si ces premiers exemples renvoient plus généralement au parcours de vie, le parcours dans le passé ramené aux soins ou à la santé peut correspondre à tout ou partie d'une prise en charge, un événement isolé ou autre. Il fait partie de l'histoire de santé du patient. Certains faits sont anodins, d'autres sont plus importants, certains sont oubliés, d'autres seront masqués. En l'absence de documentation claire (les textes), le vecteur informationnel de ce parcours passé est souvent le patient (ou son entourage), avec des omissions volontaires ou non.
- Dans le présent, il situe la personne dans une action en cours. Dans le contexte des soins, il correspond généralement à la prise en charge courante simple ou complexe. Les « séances » en hospitalisation de jour sont un exemple de parcours multiples « simultanés ».
- Dans le futur, ils proposent une ou des actions coordonnées ou non, prévisibles au moins à court terme, concernant dans notre environnement, les soins (plan de traitement, hospitalisation programmée...) ou la santé (prévention). Certaines seront réalisées, d'autres seront omises, abandonnées, voire rejetées.

Ces différentes approches sont l'un des marqueurs de la complexité des échanges informationnels dans le contexte des parcours, notamment de santé. En fonction des situations, il est nécessaire, dans le cas d'une coopération, de choisir quelles données seront utiles ou pas à cette coopération, ponctuelle, sur le court ou sur le moyen terme.

Nous nous restreindrons aux notions de parcours de santé et parcours de soins, voire uniquement aux parcours de soins pour lesquels il existe néanmoins une dépendance forte au parcours de santé, dans un contexte particulier : le recours aux soins de premiers recours ou soins primaires.

D'autres approches existent. Elles mettent en œuvre, par l'intermédiaire de la formulation des bonnes pratiques (EBM), la notion de chemins cliniques, souvent repositionnés dans une démarche préventive ou curative. Les soins programmés, notamment de chirurgie ambulatoire (ou avec ou sans protocoles ERAS) ou du suivi de la maternité, s'inscrivent par exemple dans cette logique.

4.5 Des parcours aux modèles d'intégration des soins

4.5.1 De la politique à la réalité

Comme le soulignent Catrice-Lorey et Steffen (2006²⁷²), si l'analyse de l'émergence des politiques de santé ou de celle ses acteurs, « ... de leur rôle et de leurs intérêts dans l'adoption du changement proposé ne pose pas de problèmes méthodologiques particuliers » et reste relativement aisée, « ... le passage de l'affichage des réformes à leur traduction pratique met en cause une large gamme d'acteurs intermédiaires : acteurs politiques, institutions, agents de terrain représentent un vaste éventail d'intérêts. Éventuellement résistants aux nouvelles mesures, véhiculant des référentiels opposés, ces opérateurs sont aussi, souvent, en contradiction entre eux... »

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la notion de parcours suit plusieurs logiques en fonction des attentes des différents acteurs, de leurs objectifs et de leur niveau d'intervention. Dans la majorité des cas, leur coopération et leur coordination semblent être, au sein de tous les systèmes de santé, le moyen d'améliorer l'efficacité du système, au sens le plus général. Ces systèmes sont alors confrontés à d'autres problèmes, dont l'amélioration de la cohérence des actions d'une part (prises en charge actuelles) et l'organisation sur le moyen et long terme des moyens permettant de renforcer la coopération et la coordination par l'offre de nouveaux services à définir et mettre en place. Se posent alors les questions relatives à la capacité d'évolution du système, à sa faculté à (faire) accepter le changement ou à être innovant, et à dépasser les résistances associées. D'autre part, la fragmentation de l'offre engendre aussi des difficultés d'accès (manque de visibilité, connaissance de l'offre...) qui entraînent souvent des ruptures de parcours qui pourraient être évitables, au moins dans les prises en charge médicales. Les redondances ne concernent pas que la réalisation des actes. Les défauts de communication obligent souvent à refaire les évaluations, quand celles-ci ne sont pas refaites d'office, et au patient à raconter une énième fois son parcours.

Dans l'environnement présent, l'acteur de la coordination ou, pour le moins, le support de l'échange d'information reste généralement le patient, sauf dans des situations particulières (urgence, incapacités...). Cependant et heureusement, la coordination existe de fait, de façon plus ou moins organisée, par le biais des réseaux informels autour desquels s'organise la prise en charge du patient. Cette organisation dépend aussi souvent du bon vouloir des acteurs, patient compris.

Dans le monde hospitalier ou plus généralement dans les « contextes fermés », la coordination s'effectue souvent au sein d'une filière « pathologique » ou d'équipes de soins habituées à travailler de façon collégiale ou transversale, comme dans les services de soins intensifs ou des blocs opératoires où se retrouvent autour d'un patient, un ensemble de métiers concentrés dans ce que nous appelons « un nœud focal logistique ». Dans une activité programmée, celle-ci réunit dans une même organisation temporaire (un projet) un ensemble de professionnels médicaux et « ancillaires », tout en intégrant des flux logistiques de « matières » et de ressources autour d'un patient pour une période et un problème définis, en relation avec l'amont, l'aval, et les processus support et de pilotage.

L'extension souhaitée par les pouvoirs publics de la chirurgie ambulatoire « bouleverse » l'organisation « traditionnelle », car elle rend nécessaire une coordination plus étendue,

²⁷² Catrice-Lorey Antoinette, Steffen Monika (2006) « La mise en œuvre des réformes des systèmes de santé bismarckiens : des capacités inégales. », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 171-189

intégrant l'amont et l'aval de la prise en charge en ambulatoire, pas uniquement sanitaire, induisant de fait un nécessaire échange d'informations et une communication accrue entre tous les acteurs. En complément, il semble y avoir un développement souhaité de l'approche biopsychosociale. Cette approche dite « holistique » tend à une « intégration » plus forte des professionnels de santé, au sens large du terme, autour du patient.

Des approches appelées « patient centered », « patient centric » ou de « soins intégrés » sont alors proposées par l'intermédiaire de la notion de « managed care ». De nouveaux rôles apparaissent aussi, comme les « *gestionnaires de cas* » pour la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Dans tous les cas, il faut rapprocher deux mondes *a priori* inconciliables, la division des tâches et leur répartition d'une part, responsabilités, financements et rémunérations compris, et les nécessaires coopération et coordination des acteurs d'autre part.

Enfin, il y a aussi une divergence des points de vue entre les différents secteurs d'une part, le monde social favorisant le « rester à la maison » et le monde sanitaire considérant que les meilleurs soins techniques seront donnés à l'hôpital, mais aussi les patients avec le souhait de rester à domicile et d'être le plus indépendant ou autonome possible ou *a contrario*, de bénéficier de technologies sophistiquées, parfois inappropriées, mais souvent souhaitées (voire exigées). D'autre part, certaines difficultés existent dans la mise en place de coopérations entre professionnels de statuts et de modes d'exercice différents, avec une certaine étanchéité dans les cultures professionnelles (y compris intra-organisation ou intra-institution), un manque de définition claire des rôles et des champs de responsabilité et des cloisonnements administratifs, organisationnels ou financiers, pour le financement comme pour la répartition des rémunérations ou l'accès à l'information. Ces effets, associés à une instabilité financière et réglementaire (voir la remarque de Trosa à ce sujet), à la fragmentation et au cloisonnement des acteurs sont aussi la cause d'une maîtrise des dépenses inaboutie (rigidité et incompatibilité des cadres juridiques, Administrations centrales et locales différentes, voir la Figure 6 : Les acteurs du système de santé en France vu de l'Italie, page 62), d'une planification²⁷³ de l'évolution du système de santé très compliquée... Concernant ce dernier point, plusieurs facteurs sont en cause. L'évaluation ex post des dépenses est rendue difficile, notamment en raison de systèmes d'information particulièrement hétérogènes induisant des difficultés dans les remontées d'information, souvent à caractère sensible.

Néanmoins, la contrepartie de ce paysage « désordonné » est aussi le signe de la vitalité du ou des secteurs concernés et une volonté de faire, d'avancer et d'innover.

4.5.2 *Gestion des cas, intégration..., des solutions multiples dépendant des environnements*

En restant au niveau macro, pour l'OMS l'amélioration de l'offre et des prises en charge passe par une meilleure maîtrise des systèmes de santé et *in fine* des parcours, nécessitant une rationalisation des offres de soins avec des options telles que la gestion des cas (chronicité), l'intégration, la coordination et l'impulsion des réseaux.

La gestion des cas a été expérimentée au début des années 1980 dans les pays anglo-saxons. Cette stratégie de soins et de services est « centrée sur le client » et non sur les organisations. L'objectif est de faciliter et d'améliorer les interactions entre les différents

²⁷³ Voir à ce titre et de façon plus générale les différents systèmes de santé sur le site Internet « [The health systems and policy monitor](#) ». 28 pays, majoritairement européens, complétés du Canada, de l'Israël et des États-Unis sont documentés. Ce site vient en complément de celui de l'observatoire européen des politiques et systèmes de santé (OMS).

prestataires de service. Notons que l'appellation de prestataire de service heurte nombre d'acteurs du système de santé en France.

L'OMS²⁷⁴ introduit les soins intégrés ainsi : *“Integrated care is a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a means to improve services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency.”*

L'OMS encourage les pays à mettre en œuvre des services de santé intégrés et centrés sur la personne en soutenant l'élaboration de politiques, de stratégies de réforme, de normes sur la qualité des soins, de lignes directrices reposant sur des données factuelles et de meilleures pratiques susceptibles d'être adaptées à différents environnements nationaux. Les principes de base sont l'autonomie, la coordination et l'intégration.

« Par “services de santé intégrés et centrés sur la personne”, on entend la gestion et la prestation de services sanitaires de qualité et sûrs, permettant à la population de bénéficier d'un ensemble de services suivis allant de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge de la maladie, ainsi qu'à la réadaptation et aux soins palliatifs, aux différents niveaux et sur les différents lieux de soins dans le cadre du système de santé. Ces services doivent être d'un coût abordable, accessibles, disponibles et acceptables pour ceux auxquels ils sont destinés. »

Le point de vue est différent de la notion d'intégration horizontale (linking similar levels of care, e.g. multi-professional teams) et de l'intégration verticale (linking different levels of care, e.g. primary, secondary and tertiary care) qui met en œuvre les principes de la continuité des soins ou *continuity of care*: *“it emphasizes the patient's perspective through the system of health and social services, providing valuable lessons for the integration of systems. Continuity of care is often subdivided in 3 components: 1. Continuity of information (through shared records); 2. Continuity across the secondary-primary care interface (discharge planning from specialist to generalist care); 3. Provider continuity (seeing the same professional each time with value added if there is a therapeutic, trusting relationship).”* La continuité des soins, vue sous l'angle des systèmes d'information, a fait l'objet de développements importants au CEN auxquels la France a fortement participé jusqu'à la fin des années 2000 (projets CONTSYS et CONTSYS2).

4.5.3 Les lois de Leutz et le managed care

En 1999, Walter Leutz²⁷⁵ introduit ici la notion de Managed Care Organizations (MCO) supportant une large gamme de services médicaux et sociaux. Pour Leutz, *“Integration is defined ... as the search to connect the healthcare system (acute, primary medical, and skilled) with other human service systems (e.g. long-term care, education, and vocational and housing services) in order to improve outcomes (clinical, satisfaction, and efficiency). Populations that may benefit from integration have physical, developmental, or cognitive disabilities—often with related chronic illnesses or conditions. Integration can occur at the policy, finance, management, and clinical levels. The means of integration include joint planning, training, decision-making, instrumentation, information systems, purchasing, screening and referral, care planning, benefit coverage, service delivery, monitoring, and feedback.”* (Page 77.)

Leutz définit cinq principes (ou lois) qui concernent l'intégration des soins pour les soins d'aigu et les soins à long terme pour les personnes souffrant de handicap ou de maladies

²⁷⁴ OMS (2015) « Systèmes de santé, Prestation de services intégrés », Site [Internet](#). Il existe par ailleurs une revue spécialisée dédiée à cette approche, l'[International Journal of Integrated care](#)

²⁷⁵ Leutz Walter N. (1999) “Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom” *The Milbank Quarterly*, Vol. 77, n° 1

chroniques (Ndr. nous sommes toujours dans le "cure"). C'est un moyen pour obtenir une (meilleure) efficacité (du système de santé), la satisfaction des patients et de meilleurs résultats. Ces lois sont les suivantes :

- “1. *You can integrate all of the services for some of the people, some of the services for all of the people, but you can't integrate all of the services for all of the people*” (page 83 - 7). Leutz décrit 3 modèles d'intégration (liens et mise en relation, coordination, intégration complète) déclinés en opérations, en précisant les besoins en information, allant de la mise à disposition à la demande à l'utilisation d'un système totalement intégré (p. 86).
- “2. *Integration costs before it pays.*” Pour Leutz, la promesse de la baisse des coûts doit être utilisée avec prudence et ne pas être un argument de vente. Les économies à réaliser sont du domaine de l'espoir, alors que les coûts pour y arriver sont réels... et ne peuvent être évités en cas de succès ou d'échec. Leutz décline l'approche sur différents thèmes : les personnels et les fonctions support nécessaires, les coûts des services, de démarrage...
- “3. *Your integration is my fragmentation.*” L'intérêt pour l'intégration est souvent le fait de groupes centrés sur une facette particulière du problème. Néanmoins, cette coopération (intégration) nécessite aussi, pour les professionnels concernés, d'étendre leurs connaissances, perspectives et intérêts. Pour les soins primaires, il semble que cela soit le point le plus critique, étant donné la particularité du périmètre et du champ d'action des professionnels concernés, et plus particulièrement les médecins généralistes.
- “4. *You can't integrate a square peg and a round hole.*” Le mariage de la carpe et du lapin...
- “5. *The one who integrates calls the tune.*” C'est celui qui intègre qui choisit la musique... et donne le la, et ce n'est pas forcément celui qui paie.

Ces 5 lois seront revisitées plus tard et s'accompagnent de 3 recommandations principales :

- “1. *Involve service users, carers, and community service providers in planning and oversight.*” Impliquer les utilisateurs, les professionnels de santé, les soignants et les fournisseurs de services communautaires en matière de planification et de contrôle ;
- “2. *Develop systems to integrate, coordinate, and link services for persons with disabilities.*” Développer les systèmes pour intégrer, coordonner et lier les services pour les personnes handicapées (ou dépendantes) ;
- “3. **Clarify borders between medical and other systems.**” Clarifier les frontières entre le monde médical et les autres systèmes, entre le secteur sanitaire et les autres, cette clarification étant « à plusieurs facettes », aussi bien en matière de responsabilité que de financement ou de politique, nationale, régionale ou locale.

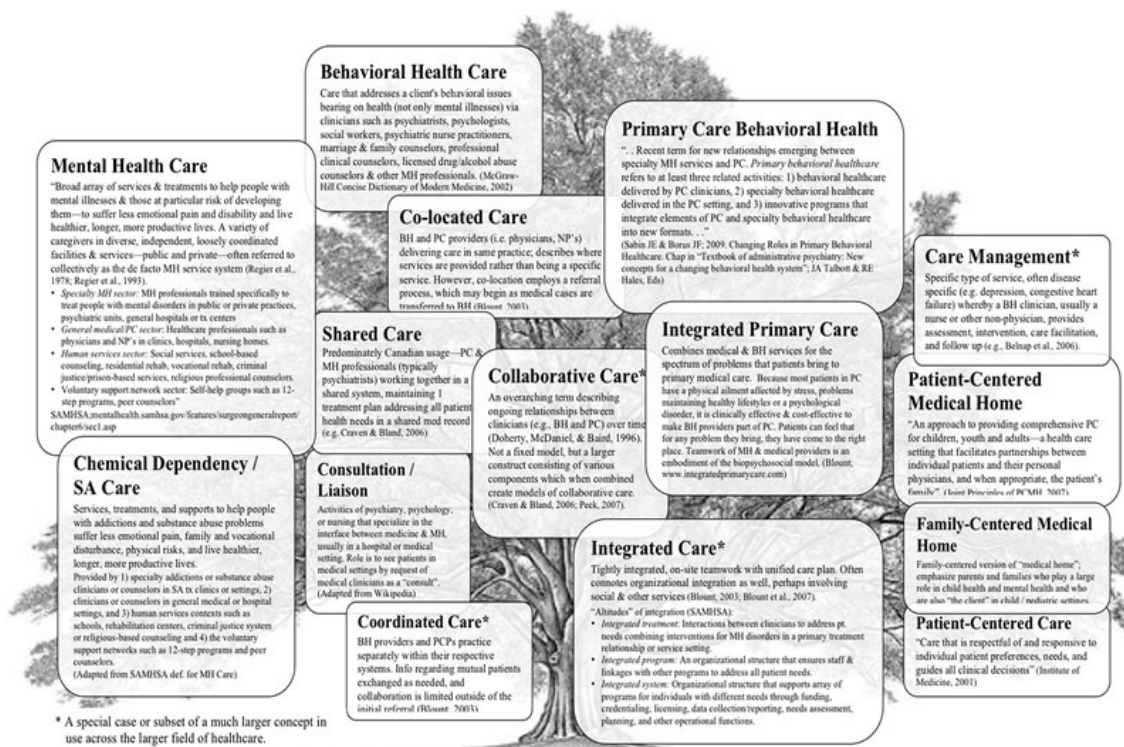
4.5.4 Des-intégrations

Dans la majorité des cas, la notion de soins intégrés concerne les patients âgés dépendants ou non, mono ou poly pathologiques, les troubles mentaux (mental health), le handicap... Dans ces situations, l'appui des soins primaires et leur « intégration » sont un plus, mais elles vont potentiellement à l'encontre du modèle hospitalo-centré français. Ce modèle est notamment renforcé à la fois par la SNS d'un côté et le plan « Hôpital numérique » pour les TIC de l'autre, alors que les dépenses de ville sont pratiquement au même niveau que celles du monde hospitalier et qu'elles représentent, en activité « brute » (personnes reçues), environ 10 à 15 fois l'activité hospitalière. Mais la fragmentation des offres est aussi un

handicap. Enfin, les besoins et les modèles ne sont pas identiques et ne répondent pas aux mêmes besoins de santé.

Il existe d'autres modèles d'intégration qui débordent ici notre problématique. L'agence américaine AHRQ (Agency for Healthcare research and quality, 2011²⁷⁶) offre une vue synthétique imagée de l'étendue de la question. Nous la reproduisons ci-après :

Figure 12 : Arbre des termes utilisés dans le champ des soins collaboratifs



Source : AHRQ (2008)

Par rapport à la logique d'intégration, la société française de gériatrie et de gérontologie indiquait en 2013 (Somme et al.), ci-après *in extenso* :

« Le concept d'intégration des soins et des services, bien que datant des années 90, n'a réellement vu son émergence dans le champ des politiques publiques à travers le monde que depuis le début des années 2000, notamment à travers la création d'une société savante internationale dédiée... l'International Network for Integrated Care devenu depuis l'International Foundation for Integrated Care. Le concept est apparu plus tardivement en France, notamment dans le plan national Alzheimer 2008-2012. Au-delà de l'effet de mode, il est frappant de constater que la question est largement internationale et même inter-champ (Clarfield et al. 2001 ; Hofmarcher et al. 2007). Le concept d'intégration ainsi que le problème de la fragmentation des réponses publiques et de ses conséquences sont souvent présents à l'international concernant les personnes en situation de handicap, les politiques d'accès aux soins des migrants, les problématiques de la protection de l'enfance, etc. Plus la société devient complexe et tend à développer l'hyperspécialisation, plus le besoin se fait sentir d'une gestion plus intégrée des dispositifs permettant de mieux répondre aux besoins des personnes, tout en tenant compte des enjeux économiques actuels ».

²⁷⁶ AHRQ (2011) "Family tree of terms in use in the field of collaborative care" Dec. 2014. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, Site Internet, Archives AHRQ.

D'un point de vue économique, des études récentes tendent à démontrer l'intérêt de l'approche (Briot *et al.* 2012²⁷⁷). Cependant, au-delà des coûts, faire évoluer les systèmes reste une problématique entière, notamment en lien avec l'existant.

Enfin, d'autres approches tendent à une amélioration de l'efficacité des soins comme le modèle des « chemins cliniques » ou « *Critical pathways, clinical pathways, integrated care pathways, care pathways or care maps* », qui ont émergé au début des années 1980. Là encore, au-delà des terminologies et de la sémantique sous-tendue, cette approche s'intègre nécessairement dans un ensemble plus conséquent, en clarifiant nécessairement le Rorschach...

4.6 En résumé

En relation avec le contexte économique, l'avenir du système de santé passe soit par un rationnement des soins, soit par une meilleure organisation. En premier lieu, la notion de parcours de soin, associée à la mise en œuvre de la mesure du « médecin traitant », s'inscrit dans une longue tradition législative intégrant la notion de maîtrise des coûts.

Il s'agit aussi d'améliorer les prises en charge, et *in fine* la qualité des soins, en favorisant la coopération entre les professionnels de santé, leur coordination et les communications d'informations, entre partenaires des soins, mais aussi avec les tutelles.

Plusieurs options à l'amélioration des parcours sont alors possibles, de l'incitation à l'utilisation d'outils technologiques, dossier centralisé, messagerie spécialisée, etc. à la réorganisation complète du système de santé vers une logique d'intégration de type HMO, système intégré dans lequel le pilote reste à définir, CH, CHU ou ARS ou ? Dans cet environnement, l'approche régionale permettrait la pérennisation de certains systèmes technologiques expérimentés encore actuellement. Reste que cela suppose une évolution plus ou moins radicale du positionnement des différents acteurs, patient compris. Il semble aussi évident que l'approche actuelle, centrée principalement sur les soins (traitement de l'aigu par spécialités) doive évoluer vers une approche plus globale centrée sur la santé et le patient, incluant *a minima*, une logique de prévention qui va au-delà de la vaccination puisqu'elle touche les déterminants de santé. Pour ce faire, une nécessaire transversalité de notre système de santé se fait jour, en relation avec d'autres systèmes. Elle a des incidences notoires sur le positionnement de tous les acteurs. Au-delà des idéologies, cette transversalité est-elle possible ? Si nous ne sommes nullement qualifiés pour répondre à cette question, elle reste néanmoins posée.

Notre questionnement concerne la continuité des flux informationnels au sein de ces différents parcours, d'un point de vue opérationnel, indépendamment de toute considération ou préconisation politique, organisationnelle, technique ou technologique. Nous faisons aussi volontairement fi de la complexité inhérente aux sectorisations multiples entre les acteurs.

Pour mettre en œuvre cette approche, nous avons besoin de supports théoriques et conceptuels permettant à la fois de proposer des démarches complémentaires d'analyse ou de représentation d'une réalité de ces parcours et des communications qui s'y forment et s'y déploient, mais aussi de supports (enquête) permettant de les appréhender. C'est l'objet de la seconde partie de ce document.

²⁷⁷ Briot PC, Teil AA, Belnap TW, Cannon WH (2012) « Pratique intégrée et basée sur la qualité de la médecine de ville : son impact sur la consommation des soins. », *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 43, p. 251-259

Seconde partie

Mise en perspective empirique et constats

Dans la première partie, nous avons présenté différents concepts relatifs aux mondes de la santé, et quelle pouvait être la place de la communication au sein de ce système complexe. Ce n'est pas un système, mais en réalité autant de systèmes sociaux ayant chacun ses besoins, ses attentes, ses stratégies ou ses souhaits d'évolutions.

Nous avons apporté différents éléments de réponse à notre première question. La communication en santé oscille entre réalité et utopie ? Nous serions tentés de répondre par l'affirmative. Mais tout dépend du niveau auquel l'on situe, et ce que l'on entend par communication et information transmise ou souhaitée. Même si elle n'est pas parfaite, elle existe, se forme et évolue dans un environnement en perpétuelle recomposition, en fonction des besoins, des possibilités et de la réalité de tous les acteurs, *in vivo*, et des premiers concernés, les patients.

Chaque action, chaque activité consomme des ressources et nécessite des moyens, des financements. Le rôle de gestionnaire et de financeur est dévolu à l'État garant de la pérennité de notre système de santé. Dans un paysage économiquement contraint, il a légitimement besoin de données, d'informations, pour connaître à la fois la destination des moyens fournis, mais aussi préparer les grandes orientations des années à venir. Il s'agit à la fois de préserver une certaine façon d'appréhender la protection sociale, mais aussi de faire évoluer l'ensemble du système, système composé d'institutions et d'organisations multiples. Dans ce paysage « multi-institutionnel » et en relation avec l'organisation de notre système de santé cette remontée d'information reste difficile, aussi en raison d'enjeux multiples clairement exprimés... ou non.

Les TIC sont l'un des moyens permettant à la fois la communication, la circulation de l'information et ses retraitements multiples. De nombreux investissements ont été consentis dans ce domaine. Ils concernent à la fois les outils et les technologies associées, mais aussi la structuration « logique » de ces données par le biais de formats ou de référentiels associés. Mais ce sont avant tout des outils.

L'innovation, l'acceptation des technologies et leurs usages sont l'un des thèmes récurrents en recherche en gestion. Malgré tout, quelles sont les raisons qui font que l'utilisation de ces outils de plus en plus sophistiqués semble aussi difficile à mettre en œuvre ?

Dans notre mise en perspective empirique, nous abordons d'autres approches et nous cherchons, à partir de nos constats, à répondre à notre seconde question :

2) Pourquoi ces outils de communication se heurtent-ils si rapidement à la réalité ?

C'est l'objet des chapitres suivants.

5. Positionnement épistémologique et démarche

5.1 Introduction

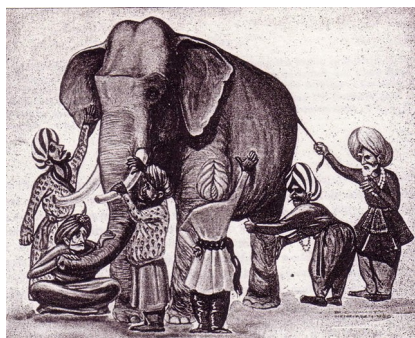
Aborder un système complexe et la place de la communication à l'intérieur de celui-ci peut se faire selon plusieurs approches. En fonction du positionnement, le mode de raisonnement (linéaire, systémique, arborescent, mixte...), la démarche et les moyens mis en œuvre diffèrent fortement pour l'obtention de résultats probants, résultats qui, s'ils sont appréciés à l'aune du courant dans lequel s'inscrit le chercheur, peuvent être parfaitement valides alors qu'ils seront soumis à la critique, ou réfutés par d'autres chercheurs, se réclamant d'un autre positionnement, au sein d'une même discipline, voire d'une discipline complémentaire. En lien avec notre parcours, nous pensons qu'il n'existe pas un seul cheminement possible, mais qu'il en existe plusieurs, certains s'excluant mutuellement, d'autres étant complémentaires, l'important étant de fournir un éclairage ou une solution plausibles et si possible vérifiables, mais aussi ouvrir d'autres perspectives tout en permettant les approfondissements.

La communication au sein des parcours est un phénomène complexe, dès lors que l'on ne se restreint pas à une population précise, une série d'hypothèses ou un outil particulier. Étudier et explorer ce phénomène nécessite de disposer de plusieurs méthodes de recherche et de recueil de données. Si les approches quantitatives permettent de quantifier un phénomène, la recherche qualitative semble plus particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont le plus souvent subjectifs et difficiles à observer, comme ce peut être le cas pour certaines mesures liées au monde de la santé qui, si elles semblent faire plus ou moins consensus au plan national et politique, rencontrent soit une forte opposition au plan local soit une ignorance feinte, pour ne pas dire teintée de mépris. Toutes proportions gardées, et dans un tout autre domaine, s'il y avait un consensus global national et politique autour de l'écotaxe et des moyens permettant de l'évaluer et de la collecter, sa mise en œuvre s'est heurtée à une opposition farouche et violente qui s'est traduite par l'abandon pur et simple de la mesure controversée... et des investissements associés. Est-ce irrémédiable ? Nous ne saurions apporter des réponses à ces phénomènes ici. Néanmoins, il semble que plus « un système s'est institutionnalisé », plus les tentatives pour le faire évoluer semblent sujettes à controverses ou résistances. Nous entendons ici la notion de système dans son acception la plus large.

À la différence de la recherche quantitative, notamment en sciences sociales ou de gestion, la recherche qualitative doit justifier sa différence et montrer qu'elle peut produire des connaissances. Les deux démarches ne sont pas exclusives l'une de l'autre, mais complémentaires, en cherchant à limiter le plus possible la part de la subjectivité, que l'on retrouve de façon explicite ou implicite dans les recherches en systèmes d'information (Gauzente, 2013²⁷⁸).

²⁷⁸ Gauzente Claire (2013) « Une invitation illustrée à utiliser la Q-méthode dans les Recherches en Systèmes d'Information », *Systèmes d'information & Management*, Vol. 18, p. 69-109

5.2 De l'intérêt des approches multiples



Les questions de raisonnement logique occupent une place aussi singulière dans la tradition occidentale que dans celle de la philosophie indienne, tout au long de son histoire. L'intérêt porté à cette dernière est apparu relativement tardivement en Occident, vers le début des années 1800, avec la découverte de la parenté des langues indo-européennes et l'arrivée de l'étude du sanskrit dans les universités. Le langage technique très élaboré s'appuie sur une tradition écrite et orale interrompue faite de commentaires raisonnés attaquant et défendant des textes antérieurs, non sans provoquer les oppositions entre les différentes approches²⁷⁹. Faire le parallèle avec le monde occidental reste difficile même si des problèmes similaires existent. Néanmoins, la relativité d'une réalité semble universelle et peut être illustrée relativement simplement, les jaïnas nous en fournissant un exemple.

La parabole des aveugles et de l'éléphant de John Saxe trouverait son origine dans l'*Anekantavada*, la « réalité relative²⁸⁰ », une des doctrines fondamentales du jaïnisme. Cette réalité relative repose sur deux doctrines :

- La réalité étant complexe, aucune affirmation simple ne peut l'exprimer totalement. La réalité est multiple et elle dépend du point de vue (*naya*) par lequel on l'aborde (le *Nayavada*). Il existe 7 *naya* ou formulations de propositions concernant la réalité, sans la moindre affirmation absolue que ce soit ;
- Le point de vue sur les êtres ou les objets, les substances, *Dravya*, qui s'exprime selon 4 critères : leurs particularités, leur localisation (l'espace), le temps et leur état, le *Syadvada*.

Dans cette parabole, seuls le roi et les courtisans, voyant la scène, savent qu'il s'agit d'un éléphant. N'étant ni roi ni courtisan, les approches multiples nous permettent de mieux cerner le sujet complexe de la communication en santé et tenter d'y apporter des explications à défaut de solutions, voire de susciter de nouveaux espaces d'interrogation.

Vu des théories de l'organisation, les mécanismes d'échanges et de communication des données et des informations peuvent s'aborder de plusieurs façons, qui ne sont aucunement exclusives :

- L'approche des sociologues ;
- L'approche des économistes ;
- L'approche des gestionnaires ;
- L'approche de la communication...

²⁷⁹ Voir, à titre d'exemple, Lorens Kuno (2015) « Logique indienne », *Encyclopædia Universalis*, site Internet, oct. 2014

²⁸⁰ On retrouve cette approche dans le positionnement épistémologique de Guba et Lincoln pour qui « Le réel est relatif : il existe de multiples réalités socialement construites, qui ne sont pas gouvernées par des lois naturelles, causales ou d'autres sortes ». Avenir Marie-José, Gavard-Perret Marie-Laure (2012) « Incrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique » in Gavard-Perret Marie-Laure, Gotteland David, Haon Christophe, Jolibert Alain (2012) « Méthodologie de recherche en sciences de gestion » Pearson, p. 25

Notre projet s'est construit en plusieurs étapes, par itérations et raffinements successifs, nous permettant de trouver un point d'accroche que nous espérons original, dans une démarche qui se veut avant tout empirique. L'approche descriptive occupe une grande part de ce travail. Comme le souligne Dumez²⁸¹, « *Dans le domaine de la recherche qualitative, la description est au cœur de plusieurs paradoxes épistémologiques et méthodologiques. Rien de plus simple à comprendre, en apparence, de plus familier et, rien de plus compliqué à analyser quand on y prête attention. Rien de plus dénigré [aussi]* ». Si la description (épaisse) est au centre de la recherche qualitative et qu'elle en constitue à la fois l'originalité, mais aussi la richesse par rapport aux méthodes quantitatives et de modélisation formelle, nous espérons au travers de notre démarche, sans pour autant avoir la plume et la verve littéraire de Geertz, pouvoir susciter un intérêt à ce type de démarche et contribuer à son possible développement dans les Sciences de Gestion.

5.3 ... Dans une réflexion arborescente

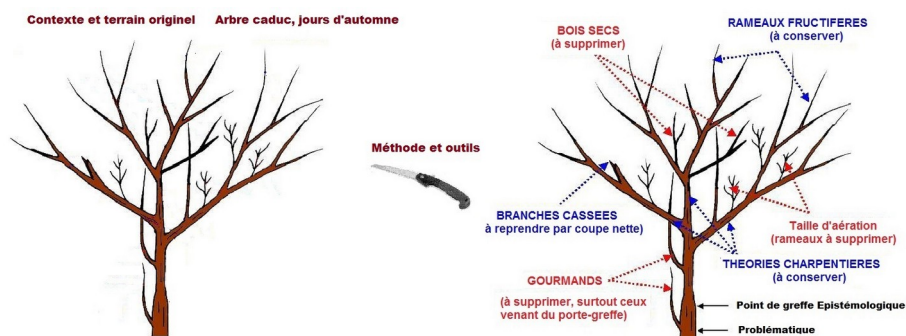
Nous faisons référence à l'« arbre de pensée » dans nos remerciements. Cette référence à l'arbre n'est pas fortuite. Certains acteurs se concentrent sur un d'arbre particulier ou sur un groupe isolé, sur son tronc et son houppier, considérant qu'un spécimen vaut population, en dépit de la critique de Hume sur la généralisation. C'est aussi oublier l'ancrage dans le sol, un écosystème singulier où coopération et symbiose sont souvent de mise ou la « timidité des branches », qui ne s'interpénètrent pas. Cet arbre cache souvent la forêt.

D'autres n'observent que la canopée, vue du ciel, tentant d'appliquer cette vue macroscopique d'un écosystème global à l'ensemble des parties. Tous les arbres vus d'en haut se ressemblent tant... Une solution globale doit donc pouvoir s'appliquer à toutes les parties. Et instaurer le remembrement obligatoire et la monoculture subventionnée...

D'autres encore enfin s'intéressent aux arbres dans leur ensemble, des racines à la canopée, à leur environnement, à l'écosystème qu'ils constituent et à leur relation à celui plus vaste, la forêt, dans lequel ils s'inscrivent. De là à considérer la mangrove ou le banyan comme un écosystème singulier... Aucune des approches n'est exclusive de l'autre... Il y a donc plusieurs façons d'aborder une problématique.

L'approche peut être « monolithique », centrée sur une thématique singulière avec une démarche s'inscrivant dans un positionnement épistémologique clair, bordé et précis. Si l'on compare ces démarches à un arbre, préalablement débarrassé de ses feuilles, il convient de partir du tronc, le cœur du problème, et d'élaguer l'arbre pour ne conserver que les principales branches.

Figure 13 : L'arbre et les approches (1)



Les résultats varient en fonction du positionnement du chercheur et des partis pris méthodologiques. Ils prennent alors différentes formes...

²⁸¹ Dumez Hervé (2010) « *La description : point aveugle de la recherche qualitative.* », *Le Libellio d'Aegis*, Vol. 6, n° 2, p. 28-43

Figure 14 : L'arbre et les approches (2)



D'autres considèrent la silhouette de « l'arbre », tentent d'en discerner les contours par approches successives. Selon l'approche systémique, plutôt que de partir de l'acteur, l'idée est de partir du système pour en discerner les contingences qui s'imposent à l'acteur. Comme il n'y a pas UN système et UN acteur, en sélectionnant différents spécimens et leurs écosystèmes, présentant une diversité suffisante pour tenter d'appréhender un ensemble, ils tentent de se faire une description de l'écosystème complexe, plus général, dans lequel ils évoluent, pour dégager, si cela est possible en lien avec les contraintes du moment, d'autres formes d'approches, de descriptions ou de compréhension.

Figure 15 : L'arbre et les approches (3)



Source : <http://www.thinkstockphotos.fr>

Il est donc nécessaire d'emprunter différents chemins pour cerner au mieux cette réalité, si tant est qu'elle puisse être réellement cernée. Considérant la silhouette, ce qui semblait être un arbre majestueux, certainement âgé de plusieurs dizaines voire de centaines d'années, se révèle être un banyan, aux troncs, ramifications et interrelations multiples... Bref, un système complexe dans lequel le tout n'est pas la somme des parties, mais autre chose, la somme des parties ne permettant pas d'en déduire les propriétés et le comportement du tout... Les propriétés du tout ne permettant pas forcément non plus de déduire les propriétés et le comportement des parties

Figure 16 : L'arbre et les approches (4),



Chaque recherche s'inscrit dans un cadre conceptuel, au sens de Miles et Huberman (2003²⁸²), une description narrative ou graphique d'un ensemble de concepts ou dimensions que l'on désire étudier, ou pour élucider une problématique organisationnelle ou autre. Ce sont aussi des dimensions ou des concepts présentés sous forme de constructions théoriques (p. ex. la performance, le leadership), de processus, d'événements ou autres, issus des objectifs de la recherche, des travaux théoriques ou empiriques antérieurs ou de la logique. L'importance du cadre conceptuel vient du fait qu'il permet non seulement de délimiter les frontières de la recherche en question, mais aussi d'orienter la collecte de données (échantillonnage, instruments de collecte...) et leur présentation.

Ces auteurs distinguent quatre cadres conceptuels, le cadre exploratoire, le cadre confirmatoire, le cadre hybride (à mi-chemin dans le continuum exploratoire-confirmatoire) et le cadre émergent, ce dernier étant ancré dans le terrain de recherche et reposant majoritairement sur les données empiriques.

En référence à ces auteurs, c'est celui que nous avons retenu.

²⁸² Miles Matthew B., Huberman, A. Michael (2003) « Analyse des données qualitatives. », De Boeck Supérieur

5.4 Nos démarches et approches

« ... Je n'apporte pas la méthode, je pars à la recherche de la méthode. Je ne pars pas avec méthode, je pars avec le refus, en pleine conscience, de la simplification. La simplification, c'est la disjonction entre entités séparées et closes, la réduction à un élément simple, l'expulsion de ce qui n'entre pas dans le schème linéaire. Je pars avec la volonté de ne pas céder à ces modes fondamentaux de la pensée simplifiante : idéaliser (croire que la réalité puisse se résorber dans l'idée, que seul soit réel l'intelligible), rationaliser (vouloir enfermer la réalité dans l'ordre et la cohérence d'un système, lui interdire tout débordement hors du système, avoir besoin de justifier l'existence du monde en lui conférant un brevet de rationalité), normaliser (c'est-à-dire éliminer l'étrange, l'irréductible, le mystère). Je pars aussi avec le besoin d'un principe de connaissance qui non seulement respecte, mais reconnaisse le non-idéalisable, le non-rationalisable, le hors-norme, l'énorme. Nous avons besoin d'un principe de connaissance qui non seulement respecte, mais révèle le mystère des choses » Edgard Morin (1977) « La méthode, tome 1 : La Nature de la nature », Seuil, Introduction générale.

« Le seul moyen d'accéder à la science, c'est de rencontrer un problème, d'être frappé par sa beauté, d'en tomber amoureux, de lui faire des enfants problèmes, de fonder une famille de problèmes », Karl Popper (1990) « Le réalisme et la science ».

La démarche empirique peut alors s'appuyer sur des démarches multiples, de préférence maîtrisées, comme le propose Hatch (2009, 2013²⁸³). Notons que si le terme « théorie des organisations », avec organisation au singulier ou au pluriel, est utilisé dans le monde francophone, les Anglo-saxons préfèrent le terme « Organizational studies²⁸⁴ », en raison d'un ancrage académique plus fort et d'appropriations disciplinaires plus diversifiées.

En complément de la recherche d'un éclairage possible pour aborder certains aspects de la complexité du système de santé, notre approche de la communication s'y forme, se développe et s'inscrit aussi dans les préoccupations d'auteurs tels que Denis, Langley et Rouleau (2004, 2007, Op. cit.) pour ce qui concerne les organisations pluralistes et de la formation des stratégies, ou de Taylor et Van Every et la théorie conversation/textes reprise récemment par Cherba (2014), pour ne citer qu'eux.

Pour Langley (2008²⁸⁵), les organisations pluralistes sont « *contextes organisationnels où les valeurs sont multiples ou ambiguës, où le pouvoir est partagé entre parties prenantes diverses, et où la connaissance nécessaire pour prendre des décisions est distribuée parmi des personnes à plusieurs niveaux dans l'organisation. Une forme de gestion stratégique est toujours nécessaire pour permettre aux organisations de poursuivre leurs missions de façon efficace dans un environnement dynamique et incertain* ». Ce n'est que l'une des illustrations des voies d'abord multiples de ces problématiques.

²⁸³ Hatch Mary Jo, Cunliffe Ann L. (2009) « Théorie des organisations : de l'intérêt de perspectives multiples », De Boeck Supérieur. L'édition de 2013, en anglais, n'a pas été traduite. Nous faisons référence aux deux éditions, en précisant si besoin l'année d'édition.

²⁸⁴ Bonnafous-Boucher Marie (2007) « Niveaux organisationnels et arrangements institutionnels. Facteur historique dans la Silicon Valley versus entrepreneuriat héroïque » in : Deroy Xavier (2007) « Formes de l'agir stratégique », Bruxelles, De Boeck Supérieur « Méthodes & Recherches », p. 31

²⁸⁵ HEC Montréal (2008), présentation de la chaire en gestion stratégique en contexte pluraliste, site [Internet](#)

La théorie des organisations, dans laquelle nous intégrons la systémique, offre plusieurs perspectives, inspirées de plusieurs champs d'études ou de paradigmes scientifiques²⁸⁶ que Kuhn préférerait appeler des « matrices disciplinaires²⁸⁷ ».

Hatch (Op. cit.) les classe en 4 grandes catégories :

- Classique ;
- Moderniste ;
- Interprétativiste – symbolique ;
- Post-moderniste.

Il est à noter que ce classement dépend des auteurs et de leur propre positionnement. Dans le même champ théorique, Avenier et Gavard-Perret (Op. cit.) en distinguent 6 : « *le positivisme (logique), les post-positivistes incluant le réalisme scientifique et le réalisme critique, puis le constructivisme radical, l'interprétativisme, et le constructivisme conceptualisé par Guba et Lincoln* ». Si la théorie des organisations permet de structurer notre champ de recherche et de délimiter son périmètre, nous avons estimé qu'il était utile d'y associer une partie du champ couvert par la (ou les) théorie(s) de la communication, avec une influence certaine de l'école de Palo-Alto d'une part et de l'approche des systèmes complexes et de la systémique telle que développée en France d'autre part. Cependant, les débats autour du positionnement de la théorie de la communication et de ses approches restent ouverts et sujets à controverse.

Définir un positionnement « strict » reste complexe en raison des liens multiples entre différents « courants » comme le montre par exemple Hirschheim²⁸⁸ en 1985 dans son schéma citant Ivanov (1984). Dès lors, utiliser une double approche, quantitative et qualitative, soulève quelques questions. Si la première se rapproche du modèle des sciences de la nature, elles en « constituent le mètre étalon », la seconde se prête mal à la quantification, mais aussi à la réplication, critères indispensables de validité scientifique. Au regard de l'évaluation de la scientificité, l'objectivité reste dépendante du « contexte du chercheur », sa connaissance du sujet pouvant induire un biais d'interprétation dans l'analyse, entre autres en lien avec notre parcours et notre environnement professionnel. Cependant, les sciences de gestion s'intéressent aussi aux dimensions humaines. Le contexte, les interactions entre le chercheur et son sujet deviennent des éléments d'importance, le strict respect du modèle des sciences de la nature devient difficile, voire impossible. Expliciter les fondements épistémologiques de la recherche qualitative reste délicat et rares sont les spécialistes des questions épistémologiques et de la philosophie capable de le faire. Nous ne sommes nullement un spécialiste du genre, bien au contraire. Néanmoins, nous souhaitons dans ces lignes apporter un éclairage, certainement fort incomplet, sur un certain nombre de supports permettant peut-être d'en entreprendre une tendance.

En lien avec notre parcours professionnel, les remarques précédentes soulèvent avec acuité plusieurs questions. Entre la logique de l'action, la réponse à une demande, et la logique de savoir, la production de biens intellectuels pour tous, la connaissance scientifique (pour certains ?), comment apporter des réponses « scientifiques » à des problèmes concrets du quotidien, avec un long parcours ayant façonné tant les démarches que l'esprit.

²⁸⁶ Kremer-Marietti Angèle (2009) « *Le paradigme scientifique : cadres théoriques, perception, mutation* », [DOGMA](#), Revue de Philosophie et de sciences humaines, avril 2009, Site Internet.

²⁸⁷ Pour Kuhn, un paradigme est « une constellation de croyances, valeurs, techniques, etc. partagées par une communauté donnée »

²⁸⁸ Hirschheim Rudy (1985). "Information systems epistemology: An historical perspective" *Research methods in information systems*, pp. 13-35.

Si l'on se considère bien modestement comme chercheur en gestion, Dery²⁸⁹ apporte un certain éclairage. Il indiquait en 1997 que ces derniers étaient « *Indisciplinés de formation... Coincés entre le monde des disciplines universitaires et l'univers varié de la réalité administrative, les chercheurs en gestion n'appartiennent, en fait, ni à l'un ni à l'autre. Au fil du siècle... les chercheurs se sont creusé un vide bien à eux, un espace éloigné à la fois de la pratique administrative et des disciplines universitaires. À partir de leur vide disciplinaire, ils se sont bricolé une pratique bien à eux, l'indiscipline. Du coup, ils sont devenus suspects pour les uns comme pour les autres.* » Faisant des emprunts auprès d'autres disciplines, il les qualifie de « contrebandiers disciplinaires ». Néanmoins, pour lui, la notion de « bricolage » doit s'entendre au sens de l'éclectisme des ressources théoriques et de sa dimension pratique²⁹⁰.

Ces deux mondes sont-ils conciliables ? Selon Vermeulen (1997²⁹¹), les sciences sociales postulent traditionnellement une stricte séparation entre savoir et action (en lien avec l'idéal-type de Weber) et de rappeler la parabole de l'orchestre symphonique de Le Moigne d'un côté et la « tomato-topique » de Perce de l'autre...

Figure 17 : Chercheur et consultant : deux mondes incompatibles ?

| <i>Critères</i> | <i>Idéal-type</i> | Chercheur | Consultant |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Finalité | | maîtrise théorique | maîtrise pratique |
| Connaissance | | savoir abstrait | savoir concret |
| Échelle de temps | | année(s) | mois/semaines/jours |
| Méthodologie | | normes académiques | boîte à outils |
| Transfert de savoir | | en direction des pairs | vers le client |
| Rapport à l'argent | | moyen de subsistance | signe de succès |
| Reconnaissance | | par les pairs (<i>prix Nobel</i>) | par le client (<i>honoraires</i>) |
| Éthique | | conviction | responsabilité |

Source : Vermeulen (1997)

Cette vision est quelque peu caricaturale. Comme le montrent Rodhain *et al.* (2010²⁹²), en passant des technologies de l'information, les TI, aux technologies de l'information et de la communication, les TIC, « *le champ de la recherche des Systèmes d'information (ancré dans les Sciences de gestion) aborde désormais des questions jusqu'alors évoquées en sociologie, en marketing, en gestion des ressources humaines, en management stratégique... Poussé par la technologie, le champ des Systèmes d'Information n'a pas encore construit son corps théorique spécifique, ce qui questionne encore son identité, mais offre toujours une grande richesse et une forte attractivité.* »

En analysant les définitions des différents paradigmes épistémologiques tels que les propose Gavard-Perret (Op. cit.), cette recherche exploratoire et empirique se positionne plutôt dans les logiques constructivistes et ses dérivés. L'interprétativisme en est parfois perçu comme l'une de ses variantes (Gavard-Perret, Op. cit., p. 38), mais c'est aussi une variante d'autres courants pour d'autres auteurs. Ainsi, selon Riccucci²⁹³, pour les post-modernistes, la réalité est une construction sociale et dépend de celui qui l'observe. Il n'est donc pas possible de

²⁸⁹ Dery Richard (1997). « *Homo Administrativus et son double : du bricolage à l'indiscipline* », *Revue Gestion*, 22 (2), 27-3

²⁹⁰ Bourgoin Alaric (2013) « *Le conseil en management à l'épreuve de sa mise en valeur : une étude empirique.* », *Economies and finances. École Nationale Supérieure des Mines de Paris*, thèse de doctorat, Spécialité « *Socioéconomie de l'Innovation* »

²⁹¹ Vermeulen Franck (1997) « *Chercheurs, consultants : le dialogue impossible ?* », *Séminaire « Confidences »*, École de Paris du management, séance du 18 mars 1997, [Site Internet](#)

²⁹² Rodhain Florence, Fallery Bernard, Girard Aurélie, Desq Sylvie (2010) « *Une histoire de la recherche en Systèmes d'Information, à travers 30 ans de publications* », *Entreprises et Histoire*, Eska, 2010, pp.78-97.

²⁹³ Riccucci Norma M. (2008) « *The Logic of Inquiry in the Field of Public Administration* » in: *Handbook of Research Methods in Public Administration*, Miller Gerald J & Yang Kaifen, Second Edition, p. 6 et 7

saisir pleinement et parfaitement la réalité dans sa globalité puisqu'elle résulte des interactions entre les chercheurs et leurs mondes. Et de citer des auteurs comme Lincoln et Guba, Popper, Dewey... en les rattachant à ce courant.

5.5 Épistémologie et positionnement

Pour Desc *et al.* (2007²⁹⁴), la recherche francophone en système d'information se différencie de la recherche anglophone par un positionnement différent, illustré par leur approche multidimensionnelle regroupant sept dimensions, la problématique, le domaine d'application, l'objet de la recherche, la perspective, le niveau d'analyse et les méthodologies. Succinctement, comme le rappellent Rodhain *et al.* (2010, Op. cit.) « *Les anglophones semblent plus orientés dans une perspective ex ante, et sont plus attirés par des objets techniques, des méthodologies quantitatives et une épistémologie positiviste. Les francophones ont tendance à s'orienter vers des thèmes liés à l'animation et au contrôle, dans une perspective ex post, à utiliser des méthodologies qualitatives et une épistémologie interprétative.* » Cette dernière représente plus de 30 % des travaux francophones (Desc, Op. cit.).

Dans les Sciences de gestion, il est souvent nécessaire de choisir entre les deux ou trois paradigmes dominants, positivisme, constructivisme (Giordano parle plutôt de la galaxie des constructivismes) ou interprétativisme, et leurs variantes. Lors de la justification du choix, le traditionnel tableau présentant les différences entre les ontologies, les méthodologies, la connaissance produite, les critères de validité, etc. donne souvent l'image d'une figure imposée, prescrite par une tradition ancestrale. Nous vous éviterons ici un énième *pensum*.

A priori, rien dans ces paradigmes ne suppose qu'ils sont antinomiques et qu'il est absolument nécessaire de n'en retenir qu'un. Notre posture emprunte et retient des éléments relevant de ces traditions philosophiques²⁹⁵, même si elle s'inscrit dans ce que Bateson appelait un « filet de prémices épistémiques ». Il y a un choix qui précède le choix, les prémisses des pensées ont une influence sur la manière de s'intéresser au fonctionnement des choses de la vie, au fonctionnement des mondes sociaux. Pour Bateson, la psychologie sociale est l'étude des réactions des individus aux réactions d'autres individus. Il faut examiner non seulement les réactions de A au comportement de B, mais aussi comment ces réactions affectent la conduite de B et l'effet de cette dernière sur A. En partant du principe que l'on ne peut pas ne pas communiquer, appréhender ce que peut être la communication, les formes et les chemins qu'elle emprunte et les influences et les altérations qu'elle subit nécessite plusieurs supports dont nous en appréhendons certains ci-après.

Du constructivisme, au sens de Bachelard ou de Popper, nous empruntons la construction d'un problème scientifique en tant que tension entre savoir et non-savoir. La revue de la littérature nous a permis d'appréhender une partie de ce savoir et de ce non-savoir et de construire un système tentant de résoudre une partie de ces tensions.

Du positivisme, ou plutôt, de l'empirisme logique, nous retenons deux choses du Cercle de Vienne :

- Éliminer de la démarche les propositions, expressions, concepts, dénués de signification, c'est-à-dire non susceptibles d'être vrais ou faux. Et donc, éliminer, en

²⁹⁴ Desq Sylvie, Reix Robert, Rodhain Florence, Fallery Bernard (2007) « La spécificité de la recherche francophone en systèmes d'information. », *Revue française de gestion*, Vol. 7, n° 176 ; p. 63-79

²⁹⁵ À partir d'une adaptation de Dumez Hervé (2010) « Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion. Ou que répondre à la question : " quelle est votre posture épistémologique ? " », *Le Libellio d'Aegis*, Vol. 6, n° 4, hiver 2010, pp. 3-16

s'inspirant de la philosophie indienne, un certain scepticisme ou anti-essentialisme qui ne s'autorisent à porter que des jugements négatifs où l'on s'engage le moins possible en utilisant une formule quatre lemmes, le « *catuṣkoṭi* » : un objet n'est pas *a* (1), n'est pas *non-a* (2), n'est pas à la fois *a et non-a* (3), n'est *ni a ni non-a* (4)... Il est possible qu'il y en reste encore dans notre travail. Votre investigation critique ne manquera pas de les percevoir et nous les signaler pour que nous puissions les éliminer ;

- La recherche de l'élaboration d'un cadre analytique rigoureux et cohérent, même si aucune forme mathématique n'y a été appliquée, aussi en raison de son caractère empirique, ce qui n'empêche pas cohérence et rigueur.

En suivant Weber et Popper, nous sommes interprétativistes en nous intéressant à la construction du sens et à celui donné par les acteurs aux situations dans lesquelles ils se trouvent, à leurs interprétations. Il n'y a pas que des interprétations, la nôtre s'ajoutant à celle des acteurs. Ces interprétations sont susceptibles de discussion sous la forme d'un empirisme logique ou d'une recherche s'inspirant de la théorie de l'enquête de Dewey²⁹⁶.

Enfin, en nous inspirant de Karl Popper, nous considérons que notre travail doit être soumis à un processus de critique rationnelle et, en ce sens, il doit être formulé de façon à pouvoir être critiqué, il doit aussi articuler des théories rigoureuses et des faits, cherchant plutôt à contredire ces dernières qu'à les conforter. Nous vous remercions ainsi par avance de faire cet exercice critique auquel nous répondrons lors de notre soutenance.

Chaque histoire, chaque « récit » dépend de la perspective et de la localisation de son auteur. En relation avec notre formation, mais aussi notre parcours professionnel²⁹⁷ (industrie, services, santé), nous avons considéré que parmi les « outils à notre disposition », l'approche systémique, en lien avec le paradigme de la complexité, constituait l'un des moyens d'appréhension des différentes facettes de cette problématique²⁹⁸ complexe. Il y a plusieurs façons d'aborder la communication en santé. Elle intéresse les Sciences de l'Information et de la Communication tant dans les Sciences humaines et sociales que dans celles de la Gestion et du Management des organisations.

Dans tous les discours, il est fréquemment évoqué la notion de système et de systémique. Leur genèse, les théories et des démarches associées sont le fruit de la confrontation et du croisement d'idées du monde antique à nos jours, pour le moins vu de l'Occident. Nous nous proposons, dans le chapitre suivant, non de discourir sur cette genèse dans son ensemble, mais de rappeler, tant que faire se peut, les grands principes qui nous ont guidés dans notre démarche. Nous retrouvons des débats et des controverses similaires dans la genèse des théories de la communication ou celle des approches sociologiques par exemple.

²⁹⁶ Gros Aurélien (2011) « Les formes de l'enquête historique : John Dewey et Max Weber », *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, Vol. 7

²⁹⁷ Ce que Klein et Rowe appellent les « *professionally qualified doctoral student* » – PQDS ». Klein Heinz K., Rowe Frantz (2008) « *Marshaling the professional experience of doctoral students: a contribute to the practical relevance debate* » *MIS Quarterly*, Vol. 32, n° 4, pp. 675–686.

²⁹⁸ Une problématique est l'« Ensemble des questions pertinentes qui se posent à l'observateur scientifique à propos de phénomènes, questions qui sont susceptibles d'avoir une réponse logique et contrôlable et de donner lieu à des opérations classées par ordre selon les disciplines qui les provoquent » Abraham Moles (1986) « *Théorie structurale de la communication et société* ». Masson, cité par le Petit Robert, édition 2000.

5.6 Réflexions autour de la systémique

5.6.1 Introduction

La systémique²⁹⁹ est une « discipline qui regroupe les démarches théoriques, pratiques et méthodologiques, relatives à l'étude de ce qui est reconnu comme trop complexe pour pouvoir être abordé de façon réductionniste, et qui pose des problèmes de frontières, de relations internes et externes, de structure, de lois ou de propriétés émergentes caractérisant le système comme tel, ou des problèmes de mode d'observation, de représentation, de modélisation ou de simulation d'une totalité complexe. »

C'est le pendant francophone du courant anglo-saxon « *Systems Thinking* » ou du comment aborder la complexité en s'inspirant de l'approche systémique (ou une approche globale). Dans ses cinq grands principes à mettre en œuvre pour transformer une organisation apprenante, Senge (2010³⁰⁰) indique : « *Systems Thinking (is) a way of thinking about, and a language for describing and understanding, the forces and interrelationships that shape the behavior of systems. This discipline helps us see how to change systems more effectively, and to act more in tune with the larger processes of the natural and economic world.*³⁰¹ » En décomposant la complexité, elle permet de comprendre, par itérations successives d'approfondissement, comment des éléments interdépendants évoluent dynamiquement au fil du temps. Elle cherche à résoudre ces interrelations dans le temps et l'espace. Cette démarche peut aussi prendre forme dans, ou s'accompagner d'un processus de modélisation, utilisant souvent un langage graphique (modèles qualitatifs), ces derniers pouvant intégrer la construction de modèles dynamiques et quantifiés permettant la simulation (principes de la dynamique des systèmes de Forster au milieu des années 1950). Cependant, quel que soit le niveau de l'approche, appréhender un système complexe ne peut se faire sans considérer son environnement ni sans emprunter à d'autres courants de pensée qui se situent à la limite de différents champs disciplinaires.

5.6.2 Systémique, une brève approche historique

Faire une analyse historique et complète des origines de « la systémique » et des différents courants relève vraisemblablement de la philosophie des sciences dont nous sommes loin d'être un spécialiste. Néanmoins, éclairer certains contours permet de soulever de façon fort utile « un coin du voile ».

Après différentes controverses, tout en s'inspirant de certains principes issus du monde antique, la systémique repose aujourd'hui sur différentes théories développées dès le début du XXe siècle, grâce aux recherches menées pour mettre au point des démarches permettant de surmonter les difficultés rencontrées dans l'analyse « classique » des problèmes (dont les

²⁹⁹ Sources multiples dont : Donnadieu Gérard, Durand Daniel, Neel Daniel, Nunez Emmanuel, Saint-Paul Lionnel (2003) « L'Approche systémique : de quoi s'agit-il ? » Synthèse des travaux du Groupe AFSCET, « Diffusion de la pensée systémique », [Textes de référence](#). Cambien Aurore (2008) « Une introduction à l'approche systémique », CERTU. Pouvreau David (2013) « Une histoire de la " systémologie générale " de Ludwig Von Bertalanffy. Généalogie, genèse, actualisation et postérité d'un projet herméneutique. », *History, Philosophy and Sociology of Sciences*, École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS). Les autres sources seront présentées au fil de ce chapitre.

³⁰⁰ Senge Peter M., Kleiner Art, Roberts Charlotte, Ross Richard B., Smith Bryan J. (2010) "The Fifth Discipline Fieldbook" Nicholas Brealey Publishing, réédition. Les quatre premiers sont la maîtrise de soi, les schémas intellectuels, la vision commune (une vision fondée sur l'autorité n'est pas viable) et l'apprentissage en équipe.

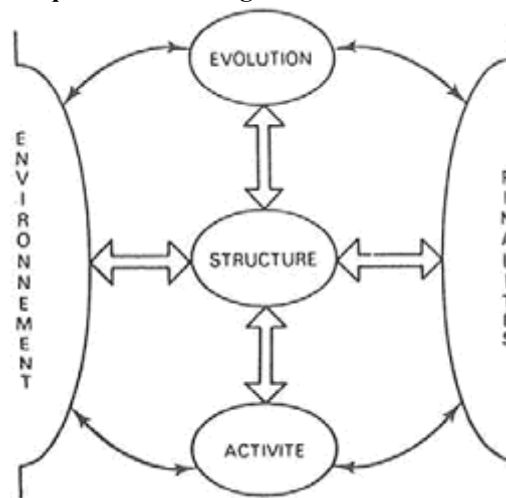
³⁰¹ « L'Approche globale (la pensée systémique) est une façon de penser et un langage pour décrire et comprendre les forces et les interrelations qui façonnent le comportement des systèmes. Cette discipline nous aide à voir comment les changer plus efficacement et agir de manière plus harmonieuse possible avec les processus plus vastes des mondes naturel et économique. » (Notre traduction.)

limites de la décomposition du tout et de la généralisation des parties ou des « cas particuliers ») et des systèmes complexes. Elle sera enrichie au fil des années.

Dans le langage « courant », il règne une certaine confusion autour des termes de systémique³⁰², de systèmes, de systèmes dynamiques, d'analyse systémique, de complexité... puisqu'en fonction des champs abordés ou des personnes concernées, l'emploi d'un mot peut concerner à la fois une théorie, une démarche ou un outil, allant de la biologie et de la psychologie à l'analyse des organisations... avec parfois des réactions totalement opposées entre partisans (réponse à tous les problèmes) et opposants (effet de mode). Le Moigne nous rappelle que « Le substantif “ la systémique ” a été forgé en France au cours des années 1970 pour tenter d'éviter une confusion avec le holisme que suggérerait le promoteur du concept de “ système général ”, le biologiste-théoricien Ludwig Von Bertalanffy³⁰³ ».

Il résume le paradigme systémique par le schéma suivant :

Figure 18 : Le paradigme systémique selon Le Moigne



Source : Le Moigne³⁰⁴ « La théorie du système général. Théorie de la modélisation », p. 58

La systémique combine en permanence connaissance et action, elle se présente comme l'alliance indissoluble d'un savoir et d'une pratique, ce savoir reposant sur 4 concepts de base :

- La complexité ;
- L'interaction ou l'interrelation ;
- La globalité : le tout est à la fois plus, moins et la somme de ses parties³⁰⁵. Il est nécessaire de considérer à la fois le tout et ses parties pour tenter de les connaître ;
- Le système lui-même, que Le Moigne (1977) définit comme étant « *Quelque chose, présumé identifiable qui, dans quelque autre chose (son environnement), pour quelque chose comme un projet et ses finalités, fait quelque chose par ses activités (fonctionnement), par quelque chose (une structure et sa forme stable), qui se*

³⁰² Le moteur de recherche de Google trouve 7 000 000 d'entrées sur le terme systémique. Le même terme donne 120 000 entrées dans le moteur de recherche Google Scholar. Il est par ailleurs intéressant de constater que les recherches dans Google (Google trends, catégorie Sciences) émanent principalement de France, de Belgique, de Suisse et, dans une moindre mesure, du Canada (système), des Philippines, des États-Unis et de l'Australie (systemic).

³⁰³ Perriault Jacques, Proutheau Stéphanie, Kleinpeter Édouard, Pena-Vega Alfredo, Le Moigne Jean-Louis (2001) « L'exercice de la pensée complexe permet l'intelligence des systèmes complexes. », Hermès, La Revue 2/2011 (n° 60), pp. 157-163

³⁰⁴ Le Moigne Jean-Louis (1977-1994) « La théorie du système général. Théorie de la modélisation », Collection les Classiques du réseau Intelligence de la complexité, Édition de 2006, [en ligne](#), page 61 et suiv.

³⁰⁵ C'est une version dérivée de celle d'Aristote qui disait que le tout est plus que la somme de ses parties. Cette maxime est aussi attribuée à Confucius (voir aussi : <http://www.scilogs.fr/complexites/le-tout-est-plus-que-la-somme-des-parties/>).

transforme dans le temps (évolution) » ou encore de façon simplifiée comme étant un « objet actif et stable et évoluant dans un environnement et par rapport à quelque finalité³⁰⁶ ».

Concepts mis en œuvre au sein d'une pratique reposant sur une démarche (méthode) nécessitant un apprentissage, ces 4 concepts de base peuvent être complétés d'une dizaine de concepts complémentaires plus orientés vers l'action, dont les notions de finalité, de projet, d'information, de rétroaction et de régulation... sont assez caractéristiques par eux-mêmes de la structuration de la pensée dans la tradition occidentale.

Si cette approche s'applique bien au monde de la technique (le monde de la science), elle présente néanmoins des limites à partir du moment où il est nécessaire de l'appliquer à la gestion des situations et des rapports humains³⁰⁷.

Cependant, l'observateur ne peut se détacher totalement du système qu'il observe. Ashby s'est toujours inclus lui-même comme expérimentateur ou concepteur des systèmes sur lesquels portaient ses observations. Ainsi, il a toujours insisté sur le fait que « quelque chose » permet plusieurs descriptions et que ce que nous savons d'un système n'est qu'un « condensé de l'observateur ». Un système consiste tout d'abord en un assemblage de variables choisies pour l'observation et, en second lieu, aux relations entre ces variables établies par l'observation, l'expérimentation ou la conception. En 1975, Joël de Rosnay définit, dans le *Macroscopie* : « Un système est un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but.³⁰⁸ » Cette définition complète celle de Jacques Lesourne (« *Les systèmes du destin* », 1974) en ajoutant la notion de finalité. Elle correspond à la notion de téléonomie définie par Jacques Monod en 1970 (« *Le hasard et la nécessité* »).

Sur le principe, la systémique est à la fois un courant de pensée, un paradigme scientifique et une méthode ou une démarche intellectuelle. « *C'est un cadre conceptuel, un assemblage de connaissances et des outils développés au cours des cinquante dernières années, pour rendre les modèles complets plus clairs, et nous aider à comprendre comment les changer plus efficacement* » (Senge, 1990. Op. cit.)

Bien que les outils soient relativement nouveaux, la vision du monde sous-jacent reste extrêmement intuitive. On y retrouve les principes de la pensée d'Aristote pour qui la connaissance est indissociable de l'observation, de la nécessaire expérience sensible pour découvrir la réalité dissimulée. C'est une étape nécessaire pour appuyer sa réflexion, la logique aidant, par abstraction, à donner naissance aux concepts et théories générales fondateurs d'une « science universelle ». Elle s'oppose (partiellement) à la pensée de Platon pour qui l'homme accède aux réalités et à la connaissance directement par la pensée (la connaissance est immortelle, car c'est la composante de l'âme).

Pour Aristote, le jugement est une structure intermédiaire entre celle des concepts, composantes du jugement, et celle du raisonnement, ordonnance de jugement servant de prémisses et de conclusions. Les « empiristes » grecs (école de Pyrrhon³⁰⁹), en se fondant sur

³⁰⁶ Le Moigne Jean-Louis (1977-1994). Op. cit. page 61 et suiv.

³⁰⁷ Néanmoins, les Grecs antiques avaient introduit la notion de *Métis* que Détiéne et Vernant présentent ainsi « *La métisse est bien une forme d'intelligence et de pensée, un mode du connaître. Elle implique un ensemble complexe, mais très cohérent, d'attitudes mentales, de comportements intellectuels qui combinent le flair, la sagacité, la prévision, la souplesse d'esprit, la feinte, la débrouillardise, l'attention vigilante, le sens de l'opportunité, des habilités diverses, une expérience longuement acquise. Elle s'applique à des réalités fugaces, mouvantes, déconcertantes et ambiguës, qui ne se prêtent ni à la mesure précise, ni au calcul exact, ni au raisonnement rigoureux.* » In Détiéne M. et Vernant, J.-P. (1974) « *Les ruses de l'intelligence, la métisse des Grecs* », Paris, Champs Flammarion, p. 10. Cette notion prend « toute son importance » dans la notion de stratégie, quel qu'en soit le niveau.

³⁰⁸ Cette notion d'ensemble est critiquée notamment par Jean-Louis Le Moigne qui considère que ces définitions analytiques et ensemblistes induisent en erreur les chercheurs. Le Moigne, 1977, Op. cit., p. 61

³⁰⁹ Ortigues Edmond « *Empirisme* » *Encyclopædia Universalis*, en ligne

une analyse des critères du jugement proposent une méthode « critique » qui entend s'opposer à la méthode « dogmatique » des aristotéliens, des épicuriens, des stoïciens, ainsi qu'au scepticisme de la Nouvelle académie (Carnéade).

Dans son ouvrage « *Les règles pour la direction de l'esprit*³¹⁰ », Descartes dévalorise la logique qu'il juge ancienne et sclérosée. Il y expose 21 règles, pour que les études aient pour but « *de diriger l'esprit de manière à ce qu'il porte des jugements solides et vrais sur tout ce qui se présente à lui*³¹¹ ». Avec son *Discours sur la méthode*, Descartes³¹², donne naissance avec d'autres penseurs et scientifiques comme Galilée³¹³ ou Newton, à la rationalité scientifique (*sentir – par les sens – est différent de percevoir – par l'esprit. C'est l'esprit qui est à la base ou au fondement de toute notre connaissance du réel. Descartes*³¹⁴).

Abordée sans nuances, la méthode cartésienne, fondée sur l'ordre et la mesure, devient ainsi une méthode mathématique applicable à tous les champs de la connaissance (mathématiques universelles³¹⁵). Pour Descartes, la méthode doit pouvoir offrir aux hommes un savoir universel. Les principes portés par la démarche analytique et le stoïcisme inspireront, pour partie et bien plus tard, des domaines comme la théorie des connaissances (avec la logique) et l'ingénierie des connaissances (calcul propositionnel).

Plusieurs contemporains de Descartes réagissent, parfois violemment. Pascal critique le positivisme (naissant) et le réductionnisme analytique mettant en avant le rôle de la puissance inductive de l'intuition et la part irréductible de l'irrationnel qui animent l'esprit humain. Sa formule « *... Toutes choses étant causées et causantes, aidées et aidantes, médiates et immédiates, et toutes s'entretenant par un lien naturel et insensible qui lie les plus éloignées et les plus différentes, je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties...*³¹⁶ » contient certains fondements de la démarche systémique et remet en cause les principes du raisonnement purement analytique.

Auguste Comte, continuant les travaux de Saint Simon (et de Burdin) est considéré comme le précurseur de la sociologie (1839), en tant que science, et comme le fondateur du positivisme³¹⁷, le troisième âge de l'humanité, selon lui³¹⁸. Ce paradigme scientifique

³¹⁰ Descartes René (1628) « Règles pour la direction de l'esprit », fac-similé, édition électronique augmentée de Cousin Victor, [Wikisource](#)

³¹¹ Descartes 1628. Ibid. Règle première

³¹² Descartes, René (1637) « Le discours de la méthode. Pour bien conduire sa raison, et chercher la vérité dans les sciences ».

³¹³ Principes de l'expérimentation, exposés dans son ouvrage « Discours concernant deux sciences nouvelles », 1638, Troisième journée.

³¹⁴ Dans le chapitre « Philosophie du sujet ». Bien que son discours soit très riche, beaucoup ne retiendront que ces 4 préceptes, sans nuances.

³¹⁵ Descartes 1628. Op. cit. Règle quatrième.

³¹⁶ Pascal Blaise « Pensées », Chapitre 4, « La Raison de l'homme, entravée dans la connaissance de la vérité par les sens, les maladies, l'intérêt, le sentiment et la difficulté même des choses à connaître », article VIII « Connaître les parties et le tout », in Guthlin Aloïse. (1896) « Les pensées de Pascal : reproduites d'après le texte autographe, disposé selon le plan primitif et suivies des Opuscules/édition philosophique et critique, enrichie de notes et précédée d'un Essai sur l'apologétique de Pascal », P. Lethielleux (Paris). (Source : [Gallica](#).) La première édition posthume, dite édition de Port-Royal, est parue en 1669. Elle a fait autorité, malgré ses imperfections jusqu'au XIXe. Cet extrait correspond au chapitre XXII de l'édition de Port-Royal : « Connaissance générale de l'homme ».

³¹⁷ Aussi appelé empirisme logique. Condillac, dans sa doctrine du sensualisme, réintroduit la notion de sens et réfute les idées de l'innéisme. L'idée que l'on peut avoir du monde passe avant tout par les perceptions que l'on en a. ainsi, « dans l'ordre naturel, tout vient des perceptions ». Cependant, la façon dont les choses sont ressenties varie considérablement d'un individu à l'autre. « Cette source n'est pas également abondante pour tous les hommes ». « L'homme n'est rien qu'autant qu'il a acquis ». Bonnot de Condillac Étienne (1798) « Traité des sensations. Traité des animaux », Corpus des œuvres de philosophie en langue française. Librairie Arthème Fayard, Paris, 1984.

³¹⁸ In « Cours de philosophie positive. 1re et 2e leçon », 1830 - 1842. Il renonce au « pourquoi » pour ne se consacrer qu'au « comment », la recherche des lois effectives gouvernant les phénomènes. Il convient de s'attacher à ce qui réel, utile et palpable et de renoncer à ce qui est fictif, chimérique ou imaginaire. Voir aussi : <http://socioeconomie.skynetblogs.be/archive/2012/05/index.html>.

considère que seules l'analyse et la connaissance des faits vérifiés par l'expérience peuvent expliquer les phénomènes du monde. La certitude en est fournie exclusivement par l'expérience scientifique avec des explications formulées dans le langage de la logique. Néanmoins, la vérité ne peut se découvrir que par un effort d'apprentissage. La connaissance est limitée par la constitution de l'esprit humain, mais elle tend à obtenir des résultats toujours meilleurs. Cette philosophie peut être qualifiée d'évolutionniste. De fait, les problèmes sociaux sont résolus progressivement, car ils sont assujettis à des lois naturelles invariables qu'il convient de découvrir pour enrichir la connaissance. Comte rejette l'introspection, l'intuition, les croyances (théologie) et toutes les approches métaphysiques (abstraction), approches inefficaces pour expliquer la connaissance des phénomènes. Les faits, l'expérimentation et l'épreuve de la réalité permettent de sortir de la spéculation (premier principe du positivisme), remettant en cause « l'empirisme ». Il considère que l'on peut expliquer de manière scientifique l'ensemble des facultés humaines, en dépassant les sciences existantes pour les unifier.

Condillac (le « *Traité des systèmes* », 1749) critiquera ouvertement les principes de l'idéalisme cartésien de Descartes et des métaphysiciens comme Malebranche, Leibnitz et ses monades ou Spinoza dans son ouvrage. Il y exposera aussi les prémices de ce qui deviendra la systémique³¹⁹ au travers de son étude sur « *la science politique* ».

Cependant, les progrès des sciences et des techniques des XVIIIe et XIXe siècles légitiment les principes de la rationalité moderne. Ses théories sont éprouvées dans le monde réel et ses succès renforcent sa notoriété. Dans la santé par exemple, on peut retrouver une certaine opposition entre les « hygiénistes » et les « chimistes ». Elle n'obère pas cependant le développement d'autres courants, notamment dans l'étude des organisations.

Les avancées dans les domaines de la physique, des mathématiques ou dans les sciences humaines (sociologie, psychiatrie, mais aussi linguistique ou la terminologie³²⁰) remettent en cause la séparation entre sujet et objet, en relation avec les réflexions sur la construction de la connaissance. Sur le principe, ce courant de pensée n'est pas en opposition au positivisme. Il s'inscrit plutôt en complémentarité, proposant une nouvelle approche ou une autre façon d'aborder un problème, de mieux appréhender le monde qui l'entoure. Bien plus tard, le terme de « Macroscopie » de Joël de Rosnay (1975) par exemple, tente de faire le lien entre l'infiniment petit, vu du microscope, et de l'infiniment grand, vu du télescope.

Ce sont pour partie ces principes qui ont émaillé notre formation initiale et les débuts de notre activité professionnelle. Chercher à les comprendre et les approfondir aujourd'hui semble bien plus simple que de s'en défaire...

³¹⁹ Chapitre XIV. Des cas où l'on peut faire des systèmes sur des principes constatés par l'expérience

³²⁰ « La terminologie, vue comme discipline, s'intéresse aussi aux valeurs conceptuelles et aux désignations ou représentations, dont elle formule et analyse les descriptions et propriétés, distributions, interrelations (bidirectionnelles) et conditions d'exploitation » Gouadec Daniel (2005) « Terminologie, traduction et rédaction spécialisées », In : *Langages*, 39e année, n° 157, 2005. pp. 14-24. On retrouve ultérieurement le même type de démarche (description et représentation ou modélisation) dans les approches dédiées aux systèmes de gestion, comme la méthode Merise, approches issues du développement de l'analyse systémique en France dans les années 1970 (*Analyse modulaire des systèmes – AMS de Georges Méléze*) ou celles mises en œuvre dans les démarches dites ontoterminologiques (C. Roche.).

6. Un contexte, des intervenants, des approches et des parcours multiples

6.1 Introduction

La communication au sein du système de santé est complexe, en raison du grand nombre d'acteurs, mais aussi du caractère plus ou moins sensible des informations associées et de leur destination. Les chapitres précédents illustrent quelques champs possibles d'analyse ou de recherche, mais ceux-ci restent principalement orientés soit sur le système de santé lui-même, souvent en lien avec les politiques associées et leur contexte économique et financier, soit sur les organisations (pour tout ou partie) qui le composent ou sur les (multiples) acteurs qui y agissent. Néanmoins, la communication, les échanges, les systèmes d'information ou les TIC y occupent une place importante. Plusieurs approches sont possibles. Nous nous sommes appuyés sur certaines d'entre elles pour aborder notre sujet selon différents axes.

Santé, sociologie et représentations sociales

L'une des premières sources permettant de comprendre les acteurs et leurs comportements reste la sociologie. Comme l'explique Herzlich (2010³²¹), si la sociologie de la santé a démarré plus tardivement en France par rapport aux États-Unis par exemple, ces recherches nous informent sur la « construction sociale » de la santé, de la maladie, de la vision des professionnels associés, de celle des patients vis-à-vis de la maladie ou des médecins ou de l'inverse, etc. Encore que la notion de construction sociale reste difficile à définir précisément comme nous l'indique Loriol (2012³²²) et nécessite des précautions d'usage sans lesquelles elles ne servent que « *de marqueur d'appartenance à la vulgate sociologique* ». Pour lui, la notion de construction « *permet de montrer comment les représentations sociales, les rhétoriques professionnelles, les "images" du travail se concrétisent ou non ; de mettre au jour les stratégies des différents acteurs, les négociations et les compromis, les conditions organisationnelles qui permettent de faire exister, au moins partiellement, ces représentations* ».

Note : compte tenu des remarques précédentes, les paragraphes suivants ont pour objectif d'apporter un éclairage sur « comment nous avons appréhendé la notion » et comment celle-ci s'insère dans les questions de notre enquête et l'analyse des réponses.

Les représentations sociales, système d'interprétation régissant notre relation au monde, sont issues du concept sociologique de représentations collectives d'Émile Durkheim. Elles permettent de mieux comprendre les individus et les groupes par l'analyse de la façon dont ils se représentent eux-mêmes, mais aussi comment ils se représentent les autres et comment ils représentent le monde. Moscovici a inauguré ce champ en psychologie sociale dans les années 1960 en France. Une représentation sociale comporte 3 dimensions principales :

- L'attitude qui exprime un positionnement, une orientation générale, positive ou négative, par rapport à l'objet de la représentation ;

³²¹ Herzlich Claudine, Pierret Janine (2010) « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie* 2010/1, Vol. 51, p. 121-148

³²² Loriol Marc (2012) « La Construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique » Rennes, Presses Universitaires de Rennes. Loriol Marc (2013) « [Réflexions sur la notion de construction sociale](#) », Proposition pour le RTF 06 de l'Association française de sociologie, site Internet

- L'information qui renvoie à la somme et à l'organisation des connaissances sur l'objet de la représentation. Elles peuvent être plus ou moins nombreuses, variées, précises ou stéréotypées ;
- Le champ de représentation qui élucide sa perception. Le contenu d'une représentation est constitué d'éléments à la fois cognitifs et affectifs : c'est un ensemble d'informations organisées et structurées relatives à un objet.

Selon Garnier (1999³²³), la théorie des représentations sociales offre un éclairage particulier favorisant une meilleure compréhension des rapports entre la personne, le groupe social et l'environnement. Elle permet de mieux saisir les dynamiques sociales impliquées dans les enjeux environnementaux. Issue des premiers travaux de Moscovici (son ouvrage fondateur est paru en 1961), il ne s'agit pas d'une théorie unifiée, mais d'un ensemble de perspectives théoriques issues de la sociologie et de la psychologie. Elles s'intéressent aux représentations que construisent les groupes sociaux à propos de concepts ou d'objets sociaux. Une représentation est duale, c'est à la fois le produit du processus et le processus socio-cognitif lui-même. C'est un phénomène mental correspondant à un ensemble plus ou moins conscient, organisé et cohérent, d'éléments cognitifs, d'éléments affectifs et issus du domaine des valeurs concernant un objet (au sens très large) particulier appréhendé par un sujet, dans un univers symbolique, culturellement déterminé. Il est ici possible de faire un parallèle et une référence aux travaux de Vygotski et de Leontiev sur l'apprentissage (théorie socioconstructiviste et sociohistorique du développement humain, et ses trois phases principales, l'externalisation, l'objectivation et l'intériorisation). Une représentation sociale n'est pas figée. Elle se construit, se déconstruit, se reconstruit, se structure et évolue au cœur de l'interaction avec l'objet appréhendé, alors même que l'interaction avec l'objet est déterminée par la représentation que le sujet a construite et l'environnement (au sens large) dans lequel il se situe.

Jodelet³²⁴ a largement approfondi l'approche scientifique de ce concept. Elle met l'accent sur le fonctionnement symbolique de la pensée sociale, sur son aspect émotionnel et sur ses manifestations décelables à travers les pratiques quotidiennes. Elle en précise 3 caractéristiques :

- Elles sont socialement élaborées et partagées ;
- Elles ont une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement (matériel, social, idéal) et d'orientation des conduites et des communications ;
- Elles concourent à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe, etc.) ou un ensemble culturel donné.

Pour Jodelet, les représentations sociales sont « *une forme de savoir pratique reliant un sujet à un objet... C'est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Également désignées comme "savoir de sens commun" ou encore "savoir naïf", "nature", cette forme de connaissance est distinguée entre autres, de la connaissance scientifique.* » Ces représentations ne sont réductibles ni aux déterminismes sociaux ni au point de vue subjectif. Ces « systèmes d'interprétation », qui surpassent la perspective « purement cognitiviste³²⁵ », ne se manifestent que par la communication mise en œuvre par un sujet. Elles sont donc l'expression de son activité d'interprétation du monde, activité qui s'appuie sur la culture et qui est orientée par les cadres sociaux qu'elle fournit.

³²³ Garnier Catherine, Sauvé Lucie (1999) « Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement Conditions pour un design de recherche », *Éducation relative à l'environnement*, Vol 1, p. 65-77

³²⁴ Jodelet Denise (1994) « Les représentations sociales » PUF, Paris, p. 36-57

³²⁵ En lien avec la critique du cognitivisme de Jodelet dans son ouvrage : Jodelet Denise (1989) « [Folies et représentations sociales](#) », Édition des « *Classiques des sciences sociales* », p. 36 et suiv.

Pour Abric (2003³²⁶), une représentation sociale est constituée d'une structure et d'un contenu. Cette structure comprend elle-même deux parties, un noyau central et des éléments périphériques. Le noyau central, dont la propriété première est la stabilité, a une fonction génératrice qui donne à la représentation sa signification, et une fonction organisatrice qui détermine la nature des liens entre les éléments. Le système (les éléments) périphérique à une fonction de concrétisation de l'idée, de régulation en permettant une modulation personnalisée de la représentation sociale et une fonction de protection du noyau central.

Deux représentations sociales se différencient par leur organisation autour de deux noyaux centraux différents, la transformation d'une représentation sociale passant obligatoirement par la transformation de son noyau. Ces transformations peuvent être plus ou moins réversibles (modifications superficielles) ou non (résistance, par transformation progressive ou brutale par éclatement du noyau, résultant essentiellement d'actes, de pratiques nouvelles, non pas par des mots). Si le système central et le système périphérique sont inter-reliés, chacun possède des caractéristiques plus ou moins particulières regroupées dans le tableau ci-après :

Tableau 3 : Représentations sociales, noyau et système périphérique

| Système central | Système périphérique |
|--|---|
| Lié à la mémoire collective et à l'histoire du Groupe | Permet l'intégration des expériences et histoires individuelles |
| Consensuel : il définit l'homogénéité du groupe | Supporte l'hétérogénéité du groupe |
| Stable, Cohérent, Rigide | Souple, il supporte des contradictions |
| Résiste au changement | Évolutif |
| Peu sensible au contexte immédiat | Sensible au contexte immédiat |
| Fonctions : Génère la signification de la représentation, détermine son organisation | Fonctions : Permettent l'adaptation à la réalité concrète, permettent la différenciation du contenu, protègent le système central |

Source : Abric (2003)

La démarche proposée par Abric pour l'étude des représentations sociales s'articule autour de quatre étapes :

- Le recueil du contenu ;
- La recherche de la structure ;
- La vérification de la centralité et ;
- La recherche de la zone « muette », zone constituée d'éléments de la représentation qui ne sont pas verbalisés par les sujets avec les méthodes classiques de recueil, ce sont des éléments « *contre normatifs* » (Abric, p. 61).

Pour ce qui concerne le recueil du contenu, Abric propose deux démarches :

- L'association libre à partir d'un mot inducteur permettant le repérage du contenu de la représentation ou l'actualisation d'éléments implicites ou latents (actualisation, évolution) ;
- La hiérarchisation des réponses données à partir d'une liste de mots caractérisant une représentation sociale, en fonction de l'importance donnée aux mots (classement). Il s'agit, dans ce cas, de mieux repérer l'organisation de la représentation et de faciliter l'identification du noyau central.

Dans notre contexte, c'est le langage, la mise en discours³²⁷, et sa transposition dans l'écrit et son influence dans les relations entre les acteurs, qui portent les représentations sociales et

³²⁶ Abric Jean-Claude (2003) « Méthodes d'étude des représentations sociales », *Èrès*. Abric Jean-Claude, Flament Claude, Guimelli Christian, Morin Michel, Mardellat René, Singery Jacky (2011) « Pratiques sociales et représentations », Paris : PUF

non l'inverse. Puisqu'elles exercent une influence sur les communications, mais aussi sur l'appréciation des TIC et leur utilisation dans le quotidien, il était important que nous comprenions quelles pouvaient être ces représentations dans le contexte de notre étude, en nous appuyant sur la première démarche.

Les interrelations avec d'autres domaines de recherche

Les domaines de recherche ne se limitent pas à ce contexte. La communication, les échanges et leur formalisation sont souvent abordés au sein de l'étude d'un système préexistant, dans un contexte particulier, en lien avec la discipline dans laquelle la recherche prend sa source. De même, la plupart des études relatives aux parcours en relation avec les soins ou la santé ou les trajectoires de soins concernent un thème particulier comme la santé mentale ou le cancer, une ou des pathologies particulières, les « maladies chroniques », les prises en charge spécifiques ou dédiées dans un contexte de réseau thématique ou de filières (grand âge, dépendance, handicap...), le suivi au long cours des patients en ALD, etc. Généralement, lorsque la place des TIC y est évoquée, c'est généralement dans une logique positive d'outillage ou de bénéfices attendus, en théorie, mais généralement non évalués, pour ce qui concerne les usages et leur capacité théorique à rendre le contexte appréhendé par ces études plus efficient.

D'autres thématiques de recherche sont abordées au sein des organisations ou de ces parcours, dont, de façon simplifiée :

- Les approches économiques ou médico-économiques (économie de la santé et santé publique principalement) ;
- Les approches socio-politiques ou socio-économiques (évaluation des politiques de santé, régulation de l'offre et maîtrise des coûts et des dépenses, comparaisons et évaluations critiques, négatives ou positives...) ;
- La gestion (management, organisation, contrôle, systèmes d'information, les TIC et leurs conséquences... majoritairement dans le monde hospitalier) ;
- Les approches liées à l'espace, par l'intégration de dimensions géographiques (notions d'espace et ses dérivations, temps, coût, distance...) ou ;
- Par les approches sociologiques ou plus généralement, par les sciences humaines (psychologie, anthropologie, ethnologie, droit, linguistique, information et communication...), en relation avec la santé ou son absence, les relations entre les différents acteurs, leur évolution dans le temps, la « socialisation » ou l'apparition dans « l'espace public » (le Discours³²⁸) de pathologies comme le Sida, ou de « centres particuliers d'intérêt » (grand âge, cancer, maladies rares...) ou les coûts et le système social français.

6.2 La genèse de la problématique

Le point de départ de notre questionnement s'inscrit dans la continuité de nos études sur les facteurs de succès ou d'échec des projets de dossiers électroniques en santé. De nombreuses publications font référence à ces facteurs et aux différentes approches possibles. Les mises en œuvre de ces dossiers sont notamment contraintes par de multiples acteurs ayant des stratégies, des objectifs et des points de vue différents. La maîtrise des dépenses de santé est l'un de ses facteurs, orientant la production et la restitution des données de santé par un filtre principalement médico-économique. La dispersion des organisations délivrant les soins tout comme celle des applications venant en support de leurs systèmes d'information

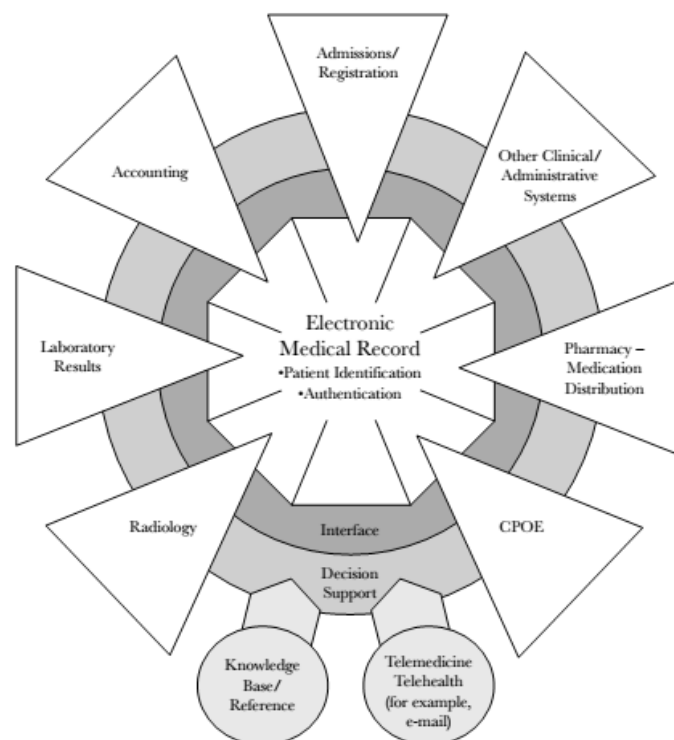
³²⁷ Grize Jean-Blaise (2003) « 6. Logique naturelle et représentations sociales », *les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, « Sociologie d'aujourd'hui »

³²⁸ La majuscule est volontaire. Nous y revenons plus loin.

rendent la collecte et les échanges d'informations plus ou moins difficiles. La notion de parcours de soin, s'inscrivant dans un contexte d'organisations pluraliste, semble être une tendance émergente depuis quelques années. Néanmoins, les ruptures de flux informationnels, notamment d'un point de vue qualitatif, rendent ses échanges complexes en lien avec ces environnements multiples.

Ce qui ressort principalement de ces différentes études, c'est que la notion de dossier médical (médical record), et par extension, de dossier patient, concerne un objet polymorphe, situé au centre d'un « dispositif » composé d'un réseau de multiples artefacts, matériels, humains, organisationnels. Pour Berg (1997³²⁹), ce dossier est à la fois réceptacle et médiateur des relations qu'il organise. Pour d'autres auteurs, il est un concentrateur d'informations, de différentes natures, au cœur des systèmes d'information cliniques et la principale source d'information pour tous les acteurs, professionnels, gestionnaires, assureurs et État. Enfin, il est parfois considéré simultanément comme produit et processus.

Figure 19 : Le dossier, un concentrateur d'informations



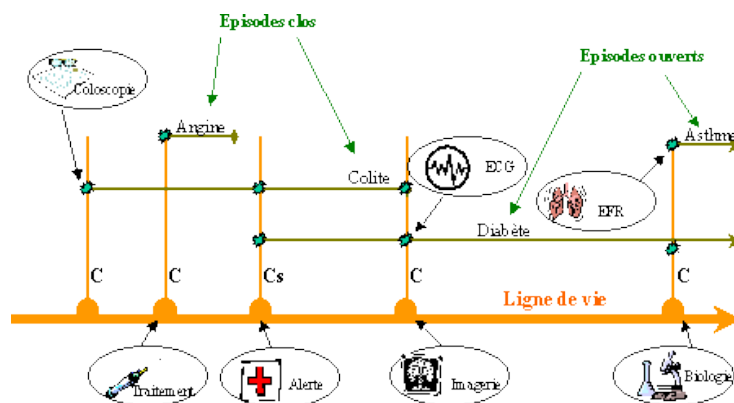
Source : Wager³³⁰

Cette vision du dossier se retrouve dans nombre d'études y compris en France. Il doit aussi répondre aux besoins de l'approche dite « centrée patient », offrir des vues multiples, à tous les acteurs, être « multi service » dans le contexte d'une prise en charge sous « l'autorité d'une seule structure », être longitudinal, suivre le patient et « regrouper » l'ensemble des données ou informations produites et administrées par des organismes divers... L'une des représentations idéales serait la ligne de vie du patient, bien qu'elle reste un modèle orienté dans le temps, ligne sur laquelle seraient insérés les événements de santé et les documents associés.

³²⁹ Berg Marc, Bowker Geoffrey (1997) "The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward the Sociology of an Artifact" *The Sociological Quarterly*, vol. 38, n° 3, pp. 513-537

³³⁰ Wager Karen, Wickham Lee Frances, Glaser John P. (2005) "Managing healthcare information systems. A practical approach for healthcare executives" Jossey-Bass p. 140

Figure 20 : La ligne de vie et les dossiers



Source : Ameline Philippe (2001)

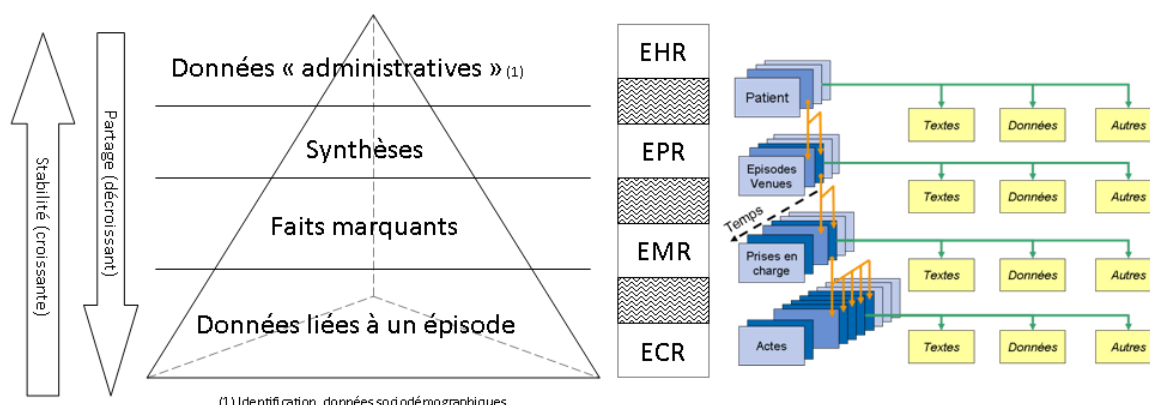
Nous avons proposé une approche similaire à celle présentée ci-dessus, à la même époque, intégrant à la fois les épisodes, mais aussi les organisations (vues par leur système d'information), comme cadre d'étude de faisabilité organisationnelle intégrant les dimensions métiers, documentaires et système d'information, avec cette fois-ci, une approche « multi-vues », une vue étant une représentation dans un environnement donné d'éléments unitaires reliés logiquement, pour former des ensembles cohérents, mais recomposables en fonction des besoins.

Le point de vue dit « centré patient » a été retenu pour la conception, le déploiement et l'utilisation de solutions comme le DMP en France. Cependant, dans la majorité des cas, au moins pour ce qui concerne l'existant, indépendamment de sa forme ou de son support, c'est généralement le besoin (approche fonctionnelle), les offres des éditeurs et les directives de l'État qui conditionnent le type et la forme du « dossier »... dossiers qui peuvent prendre des appellations multiples en fonction des environnements ou des situations.

Nous avons proposé une première tentative de classification des différentes appellations de dossier, selon un principe « d'emboîtement », chaque « frontière » (ou interface) incluant une logique de synthèse vers le niveau supérieur et une logique de lien (détails) vers le niveau inférieur. Trois logiques complémentaires complètent cette organisation et dépendent :

- De la stabilité des informations, de leur pérennité et de leur pertinence dans le temps ;
- De la logique de partage entre acteurs de la prise en charge, généralement en lien avec une notion d'espace variant selon le type d'organisation la mettant en œuvre ;
- De la qualité de la « textualisation » à l'intérieur d'un niveau et entre les niveaux.

Figure 21 : Des dossiers, des besoins et des architectures multiples, du soin à la santé...



- ECR: *Electronic Care Record - Dossier de soin (électronique), DCE* ;
- EMR: *Electronic Medical Record - Dossier médical (électronique), DME* ;
- EPR: *Electronic Patient Record - Dossier patient (électronique), DPE* ;
- EHR: *Electronic Health Record - Dossier de santé du patient (électronique), DES* ;
- SCR: [Summary Care Record](#) (non représenté ci-dessus).

Note : Le SCR est un EPR spécifique défini par le NHS pour les patients Anglais (NHS Program for IT, devenu Connecting for Health). Dans sa version initiale, il devait contenir différents éléments liés à un patient avec une mise en œuvre en deux temps. Pour la phase 1, les médicaments prescrits au patient et les effets indésirables et les allergies connues. Pour la phase 2, les résumés de sortie des urgences (ou des accidents); les résumés de sortie d'hôpital (consultations, hospitalisations, soins en ambulatoire); les rencontres effectuées en dehors des heures de consultation du généraliste de rattachement; les Plans-cadres communs d'évaluation socio-sanitaires; les contributions apportées par le patient dans son espace Internet HealthSpace. Un système de rendez-vous en ligne chez les spécialistes, accessible aux généralistes complétait ce système (gatekeeper complet).

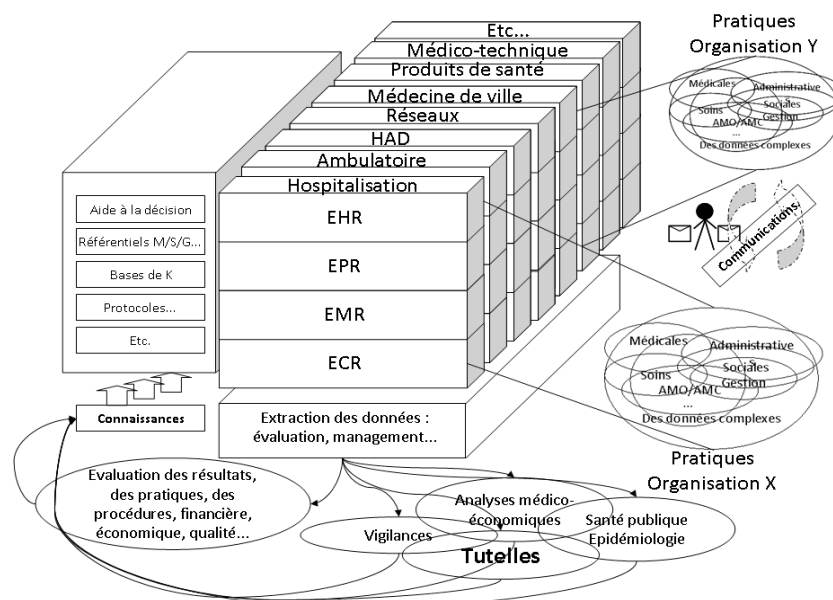
Ce projet a été arrêté en 2013, en raison de ses coûts et de la faiblesse des résultats par rapport aux attentes. Un nouveau programme (Care Data) a été lancé en 2013. Il s'agit d'extraire les données gérées par les généralistes pour les intégrer dans une base de données centrale et les relier aux données hospitalières (Hospital Episode Statistics - HES). En février 2015, 50 millions de SCR avaient été créés. Le système d'Opt-Out mis en place par le NHS explique pour partie le nombre de dossiers ouverts. À rapprocher du principe de l'Opt-In pour le DMP en France. Cette situation devrait évoluer avec le DMP-2. Il sera pris en charge par la CNAM qui gère l'ensemble des droits et des remboursements des assurés du régime général (DEDOMPTE) et le SNIIRAM (Système national inter-régimes d'assurance maladie, créé en 1998), base de données anonymisée regroupant la presque totalité des informations relatives aux soins, de ville ou hospitaliers (depuis 2009). Cette base de données est unique au monde³³¹.

Outre la France et l'Angleterre, il existe d'autres projets similaires de par le monde. L'Allemagne reste contrainte par son organisation fédérale : les dossiers médicaux sont créés dans chaque land et ne sont pas interopérables. La Belgique avait créé un dossier médical unique sur papier en 2002, progressivement informatisé depuis 2008. Près de 50 % des Belges en possèdent un, sur papier ou Internet. Les applications dédiées aux généralistes ont l'obligation de proposer un format standardisé « théoriquement interopérable » d'export des dossiers médicaux (liberté de choix des produits informatiques). Les États-Unis ont lancé en 2009 un important programme de dossier national doté de 2 milliards de \$, programme prévu pour aboutir en 2016. Un milliard a déjà été dépensé, mais le projet semble avancer difficilement. Les résultats les plus probants semblent être ceux des pays scandinaves. Au Danemark, le projet date de 1994, son déploiement a démarré en 2004 et

³³¹ Il existe une base contenant 20 années d'historique, l'EGB - Échantillon de bénéficiaires, représentant 1/97 e du SNIIRAM (régime général uniquement). C'est une cohorte « stable » d'environ 530 000 personnes.

aujourd'hui plus de 60 % des Danois l'utilisent sur la base du volontariat. La Norvège a choisi de ne pas se lancer dans un système unique, en préférant se reposer sur les outils utilisés quotidiennement par les établissements hospitaliers et les généralistes qui investissent eux-mêmes. Enfin, la Suède a opté pour un dossier médical à « deux étages » : d'abord un fichier créé par le malade (utilisé aujourd'hui par plus de 500 000 Suédois) puis une plate-forme réunissant toutes ces données, mais uniquement accessible aux professionnels.

Figure 22 :... dans un environnement complexe, avec des finalités multiples



Adapté à partir de Pr Fieschi Marius (2009) – LERTIM

La frontière entre EPR et EHR est relativement mince. Nous nous sommes appuyés sur la notion d'espace (de gestion) et de partage. Généralement, le dossier patient (DPE ou EPR) s'inscrit dans une organisation donnée. Son partage « avec l'extérieur » est inexistant ou restreint s'il est mis en œuvre et soumis à une législation spécifique (demande de la personne concernée ou de la personne de confiance). Le dossier de santé (DES ou EHR) « transcende » les organisations et a vocation à être accessible (partagé), en lien avec une politique d'autorisation définie et sa législation associée, par toute personne autorisée. Sa gestion est théoriquement effectuée par le patient. Il correspondrait, en France, au DMP, complété du VSM. Pour l'Angleterre, le SCR du NHS correspondrait peu ou prou au VSM tel que défini par l'ASIP.

Outre les différences liées au modèle de système de santé, il existe de nombreuses différences entre le modèle anglais et le modèle français. Si le modèle anglais propose le SCR, maintenant géré par le médecin généraliste (GP), le modèle français semble demeurer, pour le moment, « une collection de documents structurés » plus ou moins administrée par le patient. Cette situation devrait évoluer en 2016, sous réserve des dispositions prévues par les lois et décrets afférents. Cependant, comme le soulignent De Lusignan et Seroussi (2013³³²), il y a peu de différences de fond entre ces deux modèles y compris pour leur utilisation. Une étude élargie au niveau de l'Europe par ces mêmes auteurs donne des résultats similaires à ceux de la France, lorsqu'un dossier national existe.

En conclusion, ces auteurs indiquent que, si en théorie, le partage des données de synthèse (au sens du SCR ou du VSM) peut aider ou améliorer les soins, en pratique, leur

³³² De Lusignan Simon, Seroussi Brigitte (2013a) "A comparison of English and French Approaches to Providing Patients Access to Summary Care Records: Scope, Consent, Cost" in *Data and Knowledge for Medical Decision Support* B. Blobel et al. (Eds.) IOS Press et De Lusignan Simon, Ross Peter, Shifrin Michael, Hercigonja-Szekers Mira, Seroussi Brigitte (2013b) "A Comparison of Approaches to Providing Patients Access to Summary Care Records Across Old and New Europe: An Exploration of Facilitators and Barriers to Implementation" in *Data and Knowledge for Medical Decision Support* B. Blobel et al. (Eds.) IOS Press

implémentation semble pratiquement impossible³³³. Qu'il y ait un accès à un SCR ou un accès contrôlé à un dossier électronique partagé, aucune étude ne montre une réelle adoption de ces systèmes. Dans le meilleur des cas, elle atteint à peine 3,8 % des professionnels concernés. Il semble aussi, au moins pour les patients, que l'absence de services « attrayants » offerts soit considérée comme un frein. Ainsi, à l'instar des professionnels de santé, cela ressemble plus à une « charge administrative » sans réel intérêt, dans un environnement où l'on présente d'autres options, le tiers payant en France, sans en préciser les contreparties (au moins au grand public).

Dans le contexte actuel, ce sont principalement les professionnels qui décident ou non de partager ou de communiquer leurs données et le niveau de détail de celles-ci, avec des environnements hétérogènes, organisationnels, financiers, professionnels... et techniques.

6.3 Un questionnement initial à plusieurs facettes

L'idée initiale de notre projet était d'identifier ou d'éclairer, d'une part, des points de convergence possible entre les deux logiques, médico-intégrative et technico-administrative, souvent mises en opposition et, d'autre part, d'appréhender comment cette « opposition » influait sur la communication elle-même et, *in fine*, le partage ou la mise en commun d'informations au sein d'un dossier commun partagé, national ou non.

Dans cette situation et au vu des enjeux multiples auxquels il doit répondre, l'idée d'un « dossier unique » comme support de la communication, vu par certains comme un objet-frontière inter-organisationnel, posait, comme en France, des problèmes de plusieurs natures, structurelles, techniques, sémantiques, de présentation, de sécurité... et aussi en raison de sa très faible utilisation (masse critique d'information non atteinte ou inatteignable). De nombreux acteurs de terrain, principalement des généralistes et spécialistes libéraux, nous ont par exemple expliqué « *qu'ils n'avaient pas connaissance des conditions de création ou d'accès au DMP, y compris de la part de l'ARS* ». De fait, les « guichets de création » d'un DMP ont été principalement installés dans les (gros) hôpitaux et les patients, à moins de s'y intéresser, peu ou pas informés.

Au vu des multiples approches possibles, nous avons, dans un premier temps, structuré certaines d'entre elles selon le modèle de l'iceberg utilisé couramment dans les représentations liées à la psychologie, la pédagogie, les modèles d'affaires, la connaissance... ou les modèles de la communication interpersonnelle.

L'iceberg reprend pour partie la règle des 80/20 (dite de Pareto) et certains aspects, au sens large, de la théorie générale de la personnalité de Freud (la conscience et le monde réel, l'importance de l'inconscient dans les actions humaines et la subjectivité « cachée » [personnalité, émotions, conflits]). Ruch et Zimbardo (1974) reprendront, dans leur ouvrage « *Psychology and Life* », le modèle de Freud en y introduisant une dynamique entre ces différentes parties. Ainsi, dans la communication interpersonnelle, le comportement rationnel sera affecté par la « communication intra-personnelle ».

³³³ De Lusignan (2013 b). *Ibid.* p. 400

La métaphore de l'iceberg serait attribuée à Paul Watzlawick³³⁴ qu'Edgar Schein³³⁵ aurait amendé avec son modèle de la culture organisationnelle en 3 couches :

- (A) Les artefacts, la partie visible, les manifestations visibles de la culture, l'organisation, les comportements, etc. ;
- (B) Les normes ou les valeurs, les stratégies, valeurs ou philosophies, choisies de manière consciente ;
- (C) Les prémices, les croyances ou les présuppositions (dépendantes et alimentées par le groupe, comme l'espace, le temps et l'expérience du temps. Avec les présuppositions, l'individu crée les conditions pour que ses croyances se réalisent, comme dans le principe de la prophétie autoréalisatrice), les certitudes, les présupposés ou les valeurs (ce qui est partagé par le groupe).

Note : (A) (B) et (C) renvoient aux « couches » de notre schéma page 142.

Ces normes et ces valeurs varient selon les pays, mais aussi les entreprises, les professions, les classes sociales, etc. À l'instar des théories liées aux systèmes d'information, vues des sciences sociales, il existe de nombreuses théories liées à la communication en général et la communication interpersonnelle en particulier. Elle peut être étendue aux organisations qui, selon l'école de Palo-Alto, n'ont pas d'existence propre, car elles sont une réalité secondaire. Dans ce contexte, il n'y a pas UNE culture d'entreprise. La culture se crée à partir des interactions au sein de l'entreprise, complétée par celle résultant des interactions entre les acteurs et les réseaux d'acteurs, intra, inter voire extra entreprise. C'est par exemple le point de vue pris par Mucchielli (1998³³⁶) qui généralise aux organisations l'approche interactionniste et systémique de l'école de Palo-Alto.

La représentation de l'iceberg est en quelque sorte une représentation, certes imparfaite, qui pourrait correspondre d'une certaine manière à ce que Foucault (1977³³⁷) appelait un dispositif, « *un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, en bref : du dit, aussi bien que du non-dit. Certains sont des éléments de l'apparatus. L'apparatus³³⁸ lui-même est le système des relations qui peuvent être établies entre ces éléments* ».

Au sens philosophique, c'est un mode de gouvernance stratégique de l'action, en lien avec l'étymologie du mot dérivé du verbe disposer³³⁹ venant du latin *apparo* (dont *apparatus* est un dérivé), qui prend plusieurs acceptions en fonction de l'environnement choisi :

- Militaire (moyens et mesures organisés pour un projet ou à des fins stratégiques, dispositif de défense, d'attaque, de sécurité ou de sûreté) ;
- Juridique (la partie finale du jugement, la décision, la partie opérationnelle finale d'une jurisprudence ou d'un texte administratif) ;

³³⁴ Théoricien de la théorie de la communication et le constructivisme radical, il est l'un des membres fondateurs de l'école de Palo-Alto avec Gregory Bateson qui fait suite aux célèbres conférences Macy d'avant-guerre. Initialement tournés vers les thérapies brèves ou familiales (dont l'analyse transactionnelle d'Éric Berne, la PNL, etc.), influencés par la cybernétique (interactions du patient avec son environnement, intégration de l'observateur dans le système observé dans la cybernétique « de 2e ordre »), les travaux de l'école de Palo-Alto seront repris notamment en sociologie des organisations ou dans les sciences de l'information et de la communication. Elle assurera aussi le développement du constructivisme.

³³⁵ Schein Edgar H. (1985, 1992, 2004, 2010) "Organizational culture and leadership" The Jossey-Bass Business & Management Series, 4th edition, p. 23 et the SUV.

³³⁶ Mucchielli Alex (2004) « La théorie systémique des communications », Armand Colin, Paris. Le titre initial (1998) était « Approche systémique et communicationnelle des organisations », même éditeur.

³³⁷ Foucault Michel (1977) « Le jeu de Michel Foucault », Dits et écrits, Tome III, Paris, Gallimard, 1977, p. 299

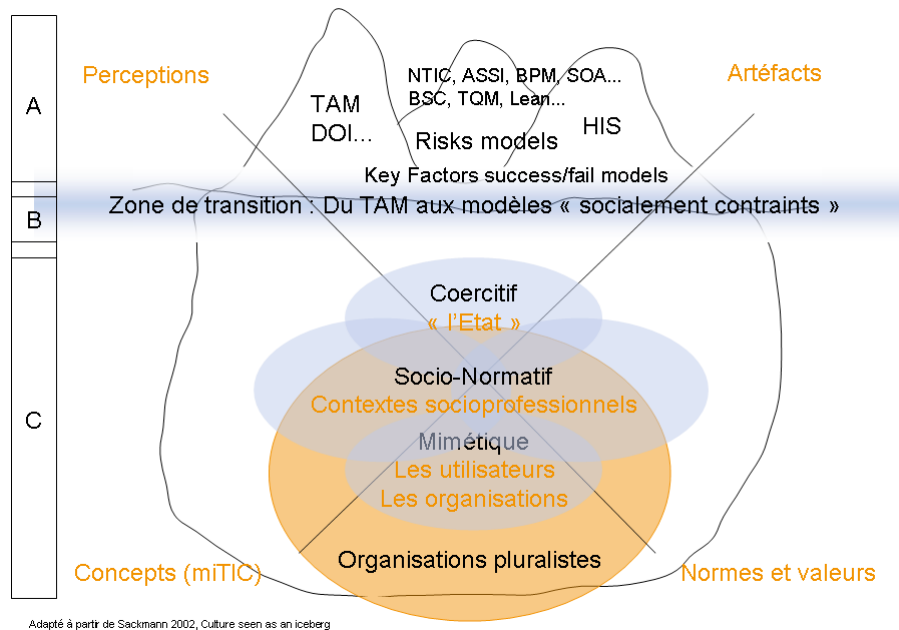
³³⁸ Pour les Anglo-Saxons, c'est, entre autres, « The complex structure of a particular organization or system e.g. The apparatus of government. », Oxford Advanced Learner's Dictionary

³³⁹ CNRTL et le Littré (BNF)

- Technique, la plus répandue (l'agencement des parties d'un appareillage permettant son fonctionnement d'une certaine façon, et dans certains cas, comment cet appareillage agit, et sa manière d'agir)...

Dans notre paysage, si l'environnement militaire peut être partiellement mis de côté, les dimensions de projet ou les dimensions stratégiques restent d'actualité dans notre système de santé. Le versant juridique est lui-même fort prégnant, en raison des lois, décrets, codes, règlements, circulaires... qui émaillent aussi bien le fonctionnement de notre système de santé que le quotidien des professionnels et des patients. Enfin, la dimension technique concerne un domaine tellement vaste, qu'elle est sous-tendue *de facto*.

Figure 23 : Une réalité complexe souvent abordée en surface...



Il est clair que, si notre schéma présente un cadre global, voire trop globalisant, il emboîte aussi différents niveaux qui vont de l'analyse des pratiques d'une organisation donnée à une approche méso voire macro.

Dans les chapitres suivants, nous revenons sur notre démarche initiale et les supports méthodologiques ou théoriques qu'elle peut emprunter. Nous souhaitons trouver un angle « *d'attaque* » de ce système complexe nous permettant à la fois de capitaliser pour partie des travaux précédents et d'approfondir certains des sujets abordés avec les professionnels de santé et leurs représentants syndicaux. Cette approche constitue une part importante de la maturation de notre projet qui concerne aussi bien notre problématique que l'environnement dans lequel elle se situe. Le découpage proposé ci-dessus peut sembler arbitraire. Il est aussi fortement dépendant du contexte dans lequel se déroule l'étude. La santé et ses multiples facettes sont une thématique de recherche fort riche, fort intéressante, parfois aussi fort encombrée.

6.4 Une appréhension d'une réalité

Nous avons essayé de matérialiser, cela est-il possible, certaines des approches qui pourraient nous aider d'une part à comprendre la réalité des communications en santé, vue sous l'angle de la communication organisationnelle ou inter-organisationnelle et comment ce système de partage d'information ou de partage des connaissances se construit, s'y met en place et y évolue. En second lieu, nous souhaitons identifier certains éléments, au-delà

de la vision positive des TIC, qui interfèrent et agissent soit pour sa construction, soit pour sa non-construction, de façon à proposer des approches différentes, au moins chez les professionnels concernés.

Lomas (1993³⁴⁰), en relation avec la diffusion des bonnes pratiques médicales, apporte un éclairage complémentaire à notre modèle initial. Dans sa publication, il interroge les relations entre trois processus liés à l'information, "*the way in which information flows from a source, the way in which information is received by individuals and organizations and becomes knowledge, and the way in which individuals and organizations turn knowledge into changes in their behavior. Finally, I will discuss the implications of this analysis for assignments of roles to the various parties in the delivery of medical care.*"

- La diffusion est un concept passif. Elle concerne la distribution de l'information (de l'innovation) de façon non ciblée ou non planifiée. "*Light diffuses from a source; it is not targeted.*" En généralisant aux TIC, le discours positif qui leur est associé concerne une population très large, sans que les cibles soient clairement identifiées, à l'exception, mais elle reste à relativiser, des établissements de santé. Elle s'applique à notre niveau A ;
- La dissémination est un concept plus actif. Rapportée à l'information et à la connaissance, elle désigne la communication de l'information de façon ciblée pour améliorer la connaissance et les qualifications de la population cible à laquelle elle s'adresse. En tant que sources secondaires, les méta-analyses, les guides de bonnes pratiques, les déclarations de consensus, etc. peuvent compléter cette communication ciblée. Les journaux médicaux sont une source majeure de dissémination, sous réserve qu'ils soient lus. Elle s'applique à notre niveau B ;
- L'implémentation (la mise en œuvre ou la mise en application dans la littérature française) implique un processus plus actif que la dissémination. Elle fait plus que sensibiliser les utilisateurs. Les messages sont adaptés à la fois à un public général, mais les implications par la mise en pratique du public ciblé sont aussi mises en évidence. Il s'agit d'identifier les obstacles à l'utilisation des connaissances acquises (ou des outils technologiques dans notre contexte) et d'aider à les surmonter, avec des messages adaptés aux cibles. C'est un processus plus actif qui utilise non seulement le message lui-même, mais aussi des outils d'organisation et de comportement qui sont sensibles aux contraintes et opportunités de praticiens identifiés dans des contextes eux-mêmes identifiés. Elle intervient « dans la boîte noire du changement ». Elle s'applique à notre niveau C.

Nous faisons ici un emprunt au réalisme critique et aux principaux postulats de Bhaskar cité par Hatch et Cunliffe (2009, Op. Cit.) qui, succinctement, nous indiquent que :

- La société est un ensemble de structures réelles constituées de pratiques et de conventions qui sont reproduites et transformées par les individus. Cela suppose que la société préexiste aux individus, mais qu'elle n'est pas indépendante de l'activité humaine ;
- La réalité est stratifiée. Elle est composée de structures et de mécanismes sous-jacents qui vont structurer les événements que l'on observe en surface. Même si les individus peuvent changer, les institutions, avec leurs pratiques et leurs rôles, persistent, étant gouvernées par des lois causales ou des mécanismes génératifs. Les réalistes critiques cherchent alors à cerner ces mécanismes génératifs et les

³⁴⁰ Lomas Jonathan (1993) "Diffusion, Dissemination, and Implementation: Who Should Do What?" In: *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 703, *Doing Better than Harm: The Evaluation of Health Care Interventions*, pp. 226–237, December 1993

structures profondes qu'ils impliquent, pour expliquer les événements et les processus de surface dont nous faisons l'expérience dans la vie sociale ;

- La connaissance ou le savoir sont socialement construits, d'une façon qui va au-delà de simples pratiques discursives et textuelles. L'objectif est de comprendre les phénomènes, dont le comportement social, et non pas les prédire.

En lien avec ces postulats, nous avons souhaité répartir différents modèles et théories dans notre iceberg. Certaines d'entre elles peuvent s'appliquer à chacun des niveaux, le point de vue adopté permet la mise en œuvre plus ou moins complète des critères. Nous avons retenu comme critère de classement le fait que plus une théorie va en « profondeur dans la prise en compte du contexte social », plus elle est à même de mettre en évidence les changements qu'entraînent les modifications « intimes des convictions » (la symbolique, l'évolution du noyau central d'Abric) qui, vu sous un autre angle, entraînent une résistance plus ou moins forte aux changements ou à l'évolution de l'environnement. Nous remarquons aussi qu'en « descendant en profondeur », le rapport entre les analyses quantitatives, majoritaires en surface, et les analyses qualitatives, majoritaires en profondeur, tend à s'inverser, certainement en lien avec le glissement du prédire en surface vers le comprendre, en profondeur. Ces deux approches ne sont ni exclusives, ni opposées, mais complémentaires.

Note : Dans la santé, pour ce qui concerne les TIC, il est nécessaire de distinguer les outils dits de gestion « administrative », ceux liés aux besoins de la pratique, plus ou moins spécifiques (les outils métier) et ceux dédiés à la communication, le partage ou l'échange ou la mise à disposition d'informations. Ils dépendent beaucoup de la taille et de la nature de l'organisation et de ses différentes composantes. Ils dépendent aussi fortement des habitudes de travail, de la culture de l'organisation au regard des TIC, des expériences passées et du positionnement des différents acteurs. D'autre part, selon la taille de l'équipe concernée et les habitudes de chacun, la communication formelle se fait soit directement par le praticien (correspondance manuscrite ou informatisée, traitement de texte ou équivalent, dictée vocale), soit indirectement, par un tiers, Interne ou Externe en médecine, ou secrétaire médicale dédiée ou non, in situ ou non. Avec une incidence notable des outils, de leurs fonctionnalités et de leur usage réel.

6.4.1 La partie émergée

Plusieurs modèles ont été proposés pour expliquer le phénomène de diffusion des innovations, de l'adoption ou de l'appropriation des TIC par les utilisateurs, dont les professionnels de santé (hôpitaux, cabinets médicaux, etc.). La perspective « diffusionniste » est généralement linéaire.

Nous en proposons une revue ci-après sans être exhaustifs.

6.4.1.1 Les approches perceptives et la diffusion (sociale) des innovations

La diffusion des innovations dans les organisations concerne à la fois les outils technologiques, mais aussi les bonnes pratiques. Le modèle de Rogers (2003³⁴¹) est l'un des plus répandus. À l'origine, il s'appliquait principalement à un groupe social. Pour Rogers, les attributs de l'innovation font référence aux perceptions individuelles quant à :

- L'avantage relatif de l'innovation. Elle doit avant tout être perçue comme avantage et elle doit donc être perçue comme étant meilleure que celles qui existent déjà ;
- Sa compatibilité ou sa consistance avec les valeurs existantes, les expériences passées, les pratiques sociales et les normes des utilisateurs ;
- La complexité qui concerne la difficulté à comprendre et utiliser ;

³⁴¹ Rogers Everett M. (1962, 1971, 1983, 1995, 2003) « Diffusion of innovations », Free Press, 2003 pour la 5e édition

- La testabilité est un point particulièrement important. Elle consiste à pouvoir tester l'innovation avant de s'engager à l'utiliser ;
- L'observabilité, c'est-à-dire le degré de clarté des résultats et bénéfiques que l'utilisateur peut attendre. Moore et Benbasat la diviseront en deux sous-catégories :
 - L'obtention de résultats démontrables (*result demonstrability*, "the tangibility of the results of using an innovation") ;
 - et la Visibilité (*visibility*, "the extent to which potential adopters see the innovation as being visible in the adoption context.")

Enfin, une innovation sera plus facilement acceptée si un agent du changement en fait activement la promotion. On rejoint ici, sous certains aspects, le développement de la théorie de l'acteur-réseau telle que présentée par Denis *et al.* (2004³⁴² et 2007³⁴³).

Le modèle de Rogers sera étendu au comportement « individuel » par Moore et Benbasat (1993³⁴⁴) qui intégreront à la notion de volonté d'usage, le degré par lequel l'utilisation d'une innovation est perçue comme émanant de la volonté propre. Chau et Tam (1997³⁴⁵) critiqueront ce modèle, car selon eux il concerne toutes sortes d'innovations, alors que les TIC présentent des particularités. Agarwal et Prasad (1997³⁴⁶) confirmeront le rôle du volontarisme dans l'adoption des innovations liées aux TIC, associant une partie des critères de Rogers en les croisant avec le modèle de l'acceptation des technologies de David (visibilité, compatibilité et testabilité). Le concept de plaisir ou de satisfaction (*enjoyment*) fut ajouté par Chin et Gopal (1995³⁴⁷).

Usages, usagers et pratiques

Plusieurs critiques ont été formulées à l'égard des premières publications de Rogers, en ce sens qu'elles omettent la phase de conception, les détournements d'usage ou l'abandon après l'adoption. En 1983, Rogers intégrera dans sa 3e édition la notion de « réinvention » pour désigner la façon dont les utilisateurs modifient une innovation pendant sa phase d'adoption ce qui peut correspondre, peu ou prou, à un détournement d'usage ou un bricolage d'adaptation.

D'autre part, en lien avec la théorie économique classique, l'utilisateur est envisagé comme un consommateur rationnel, ce qui n'est pas toujours le cas. Enfin, la temporalité de la diffusion pour les « primo-adoptants » et celle de l'assimilation par le corps social ne sont pas en phase (Chambat, 1994³⁴⁸, p. 255) ce qui conduit Jouët (2000³⁴⁹) à s'interroger sur ce qu'est la sociologie des usages, corollaire de la diffusion et de l'acceptation. Cela revient aussi à s'interroger sur les notions de consommation, d'usage et de pratique. « *L'observation des usages sociaux des TIC montre en effet la façon dont ils s'insèrent dans des pratiques familiales ou professionnelles préexistantes ou déjà en voie de constitution. Les recherches démontrent qu'il n'existe pas d'usage sui generis et que l'adoption des technologies de*

³⁴² Denis Jean-Louis, Langley Ann, Rouleau Linda (2004). *Op. cit.*

³⁴³ Denis Jean-Louis, Langley Ann, Rouleau Linda (2007) "Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames" *Human Relations*, Vol. 60, Issue 1, pp. 179–215, The Tavistock Institute, SAGE Publications.

³⁴⁴ Moore Gary C., Benbasat Izak (1993) "Development of an instrument to measure the perceptions of adopting an information technology innovation" *Information system research*, vol. 3, issue 2, pp. 192–222.

³⁴⁵ Chau Patrick Y. K., Tam Kar Yam (1997) "Factors affecting the adoption of open systems: an exploratory study" *MIS Quarterly* Vol. 21, issue 1, pp. 1–24.

³⁴⁶ Agarwal, Ritu, Prasad Jayesh (1997) "The role of innovation characteristics and perceived voluntariness in the acceptance of information technologies." *Decision sciences*, Vol. 28, Issue 3, pp. 557–582.

³⁴⁷ Chin, Wynne W., Gopal Abhijit (1995) "Adoption intention in GSS: relative importance of beliefs" *ACM SigMIS Database* vol. 26, n° 2–3, pp. 42–64.

³⁴⁸ Chambat Pierre (1994) « Usages des technologies de l'information et de la communication (TIC) : évolution des problématiques. », *Technologies de l'information et société*, vol. 6, n° 3, pp. 249-270.

³⁴⁹ Jouët Josiane (2000) « Retour critique sur la sociologie des usages. », *Réseaux*, Vol. 18, n° 100, pp. 487-521.

l'information et de la communication s'articule autour de techniques et de pratiques antérieures... Autre caractéristique, l'usage social s'élabore dans le temps, car il se heurte aux résistances du corps social, au poids des habitudes et de la tradition qui contrecarrent la diffusion rapide de l'innovation... L'appropriation est un autre axe qui parcourt les problématiques des usages domestiques et professionnels et que l'on retrouve analysé dans sa dimension subjective et collective ». (Jouët, Ibid.)

Enfin, notons que le consensus sur la notion d'usage semble loin d'être acquis. Dimension importante des sciences de l'information et de la communication, elles se sont intéressées, dans un premier temps à des catégories analytiques d'usage, de représentation et de contexte (social, culturel ou politique), souvent en référence à Michel De Certeau et les théories de l'art de faire³⁵⁰, rejetant la consommation passive des produits manufacturés pour observer leur usage par les populations et les bricolages que les individus mettent en œuvre au quotidien, avec « *la liberté buissonnière des pratiques... le quotidien s'invente avec mille façons de braconner.* » Proulx (2015³⁵¹) revient dans son article sur l'évolution de cette notion et de la discipline associée. En référence à Jouët (2011³⁵²), il constate une certaine prise de distance avec le déterminisme technique, notamment avec le développement des nouvelles formes de communication et des « *Internet Studies* » qu'il convient très certainement de rapprocher des études relatives à l'utilisation des téléphones mobiles. Cependant, avec l'émergence du phénomène « *big-data* » et des études associées, une certaine tendance se fait jour autour des analyses quantitatives très fines des traces et des comportements des acteurs, considérant la donnée comme ayant une existence en soi et réduisant l'utilisateur, le consommateur, à des goûts, des clics et des profils. Jouët (2011) diagnostique, pour conclure son bilan, « *un repli sur l'étude de pratiques circonscrites, au détriment de la problématisation de questions plus vastes. La recherche a donc gagné en rigueur théorique et en technicité méthodologique, mais elle a sans doute perdu en regard critique et en imagination sociologique.* » Ce bilan est en accord avec Vidal (2012³⁵³), pour qui « *La recherche sur l'usage des TIC mérite d'être interrogée, dans un contexte d'intensification de ces technologies, des réseaux numériques et de banalisation des études des usages, souvent réduites à l'accumulation de données chiffrées ou qualitatives* ».

Proulx (2015) décrit une nouvelle topique des usages, plus « *interdisciplinaire (l'approche des usages s'émanciperait d'un point de vue strictement sociologique), plurielle et multidimensionnelle. Au cœur de ce nouveau paradigme se trouve l'affirmation de la nécessité épistémique d'abandonner le focus analytique orienté prioritairement vers les objets techniques (et en particulier, l'usage de ces objets). La technologie devient une dimension de l'écologie humaine et sociale parmi d'autres. (Ndr. Elle est encastrée dans le monde social se transformant en infrastructures multiples.) Le travail d'observation consiste à décrire non plus " ce que les gens font avec les objets techniques " (première topique), mais bien : " ce que les gens font (tout court)... Ce dans quoi les humains sont engagés. " »*

Enfin, citant Licoppe, l'auteur décrit un nouveau « ... " *carré de l'activité* " ... *constitué autour de quatre grandes orientations ethnographiques : a) le modèle de la cognition distribuée (Hutchins, Norman) ; b) la théorie de l'activité (Vygotski, Engeström) ; c) les courants d'inspiration ethnométhodologique (analyse de conversations, action située, workplace studies) ; d) les développements récents de l'anthropologie des sciences et techniques (théorie de l'acteur-réseau, tournant pragmatique, attachements, agencements sociotechniques) ».*

³⁵⁰ De Certeau Michel (1980) « *L'invention du quotidien. 1. L'art de faire* », Gallimard.

³⁵¹ Proulx Serge (2015) « *La sociologie des usages, et après ?* », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, Vol. 6.

³⁵² Jouët Josiane (2011) « *Chapitre 1. Des usages de la télématique aux Internet Studies* », in : Denouël, Julie, et Fabien Granjon. *Communiquer à l'ère numérique : Regards croisés sur la sociologie des usages*, Presses des Mines, pp. 45-90.

³⁵³ Vidal Geneviève (2012) « *La sociologie des usages : continuités et transformations* », Hermès Lavoisier, p. 15.

C'est plus ou moins dans cette logique que s'inscrivent nos travaux sur les systèmes d'information depuis une bonne quinzaine d'années. Cette tendance est confirmée par Trinquocoste et Bidan (2011³⁵⁴), qui mettent en évidence la richesse et l'actualité du concept d'appropriation.

Il est ainsi possible de s'interroger sur l'intérêt de la multiplication des indicateurs en tout genre, généralement uniquement quantitatifs, comme dans la notion d'indicateurs d'usage (des applications informatiques) du plan « Hôpital numérique » ou aux déclaratifs concernant la couverture fonctionnelle des établissements de santé. Cette approche s'inscrit potentiellement dans une démarche d'ensemble liée à la fois au Nouveau management public – NMP – d'un côté et à celle plus ou moins « dévoyée » de l'approche processuelle visant essentiellement à informatiser tant pour rationaliser la gestion que pour produire les indicateurs, toujours plus nombreux, rendus nécessaires par « les évaluations multifactorielles » du NMP.

Enfin, Mallard (2014³⁵⁵, p. 56 et suiv.) analyse l'évolution de la notion d'usage par l'étude des thématiques de la revue *Réseaux* depuis sa première parution. Cette notion d'usage a intéressé en premier lieu l'économie (compréhension) et la gestion (dynamique) avant de s'étendre aux sciences sociales (dans le contexte de la revue *Réseaux*) au milieu des années 1990.

Finalement, doit-on encore parler de diffusion d'innovation et d'informatisation ou de transformation organisationnelle dans la recherche en systèmes d'information comme le proposent Besson et Rowe (2011³⁵⁶) ? Ou : est-ce une voie d'abord complémentaire du monde complexe de la santé ?

6.4.1.2 L'acceptation des technologies.

Le modèle de l'acceptation des technologies (TAM) proposé par Davis, Bagozzi et Warshaw en 1989³⁵⁷ repose sur la théorie de l'action raisonnée (TAR) de Fishbein et Ajzen (1975) que nous présentons plus loin. Le TAM est une variante de la TAR, adaptée aux TIC. Ce modèle considère que l'intention d'utiliser une technologie est un antécédent direct du comportement d'utilisation en mettant en relation deux aspects de la TAR : l'utilité perçue et la facilité d'utilisation perçue. Ce modèle sera fréquemment employé dans les domaines du management appliqué aux systèmes d'information et plus particulièrement aux technologies de l'information.

³⁵⁴ Trinquocoste Jean-François, Bidan Marc (2011) « Regards croisés sur le processus d'appropriation des Technologies de l'Information et de la Communication », *Management & Avenir*, n° 45, p. 175-178

³⁵⁵ Mallard Alexandre (2014) « Métamorphoses d'une question scientifique. Trente ans de recherches sur l'inscription des TIC dans les univers productifs », *Réseaux*, Vol. 2/2014, n° 184-185, p. 33-69

³⁵⁶ Besson Patrick, Rowe Frantz (2011) « Perspectives sur le phénomène de la transformation organisationnelle », *Systèmes d'information & management*, vol. 16, n° 1, p. 3-34

³⁵⁷ Davis Fred D., Bagozzi Richard P., Warshaw Paul R. (1989) "User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models." *Management science*, vol. 35, n° 8, p. 982-1003.

Figure 24 : Le modèle TAM de Davis

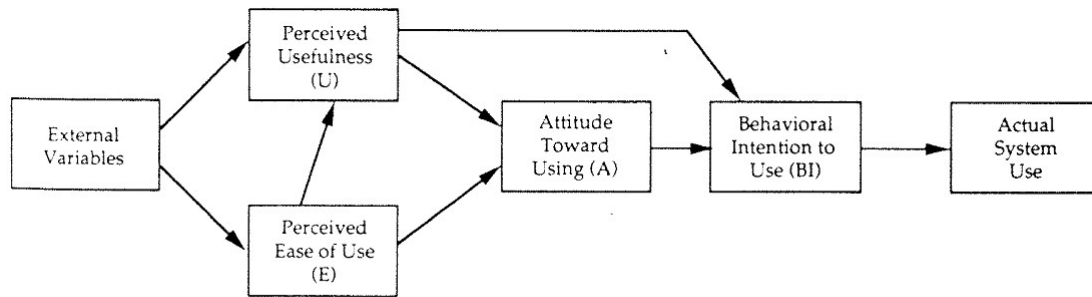


FIGURE 2 Technology Acceptance Model (TAM)

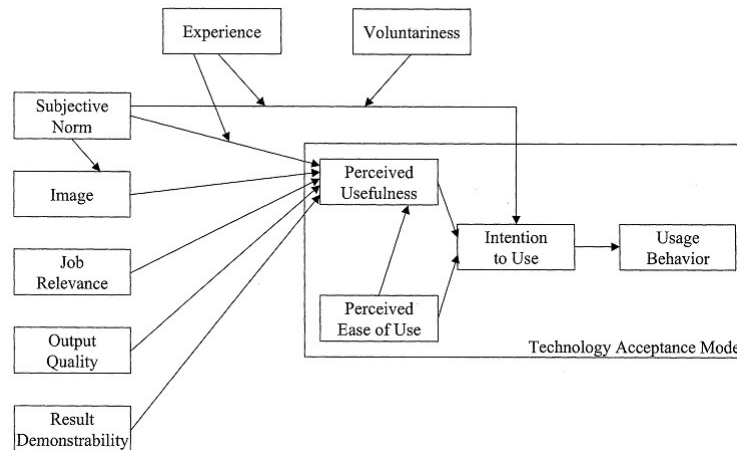
Source : Davis (1989)

Il sera maintes fois amendé pour être enrichi. Nous en présentons ci-après différentes évolutions. Néanmoins, nous constatons que dans la majorité des cas, ils restent centrés sur les groupes ou les individus pour lesquels on cherche à apprécier l'acceptation ou le refus des TIC dans leur environnement. L'influence de cet environnement, notamment des prescripteurs dans le monde de la santé représentés principalement par l'État ou certains groupes de pression, reste peu abordée. Nous reviendrons sur ce point dans le niveau C.

Venkatesh et Davis (2000³⁵⁸) proposeront une évolution au modèle TAM, appelée TAM2, intégrant l'influence sociale (normes subjectives, volonté et image [de l'utilisateur]) et cognitive (adéquation au travail, pertinence et qualité des produits en sortie [output relevance & output quality]), l'obtention de résultats démontrables et la facilité d'usage perçue.

Figure 25 : Le modèle TAM2 de Venkatesh

Figure 1 Proposed TAM2—Extension of the Technology Acceptance Model



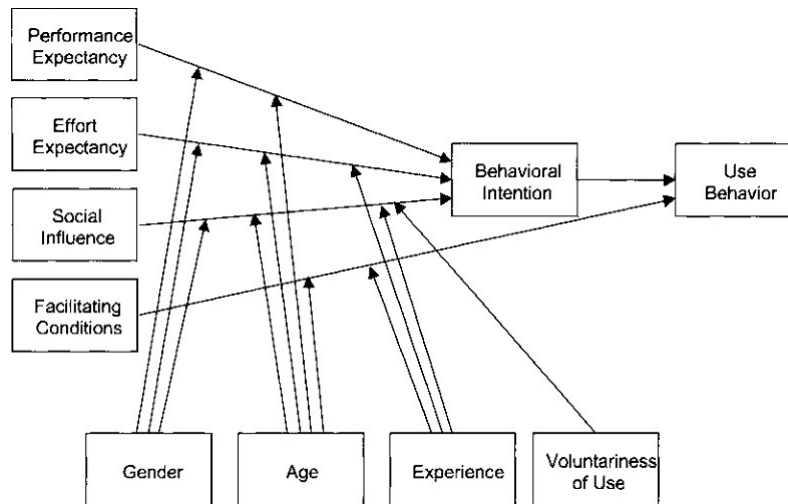
Source : Venkatesh (2000)

En 2003³⁵⁹, le premier modèle « unifié » se fait jour avec les mêmes auteurs. C'est le modèle UTAUT (Unified theory of acceptance and use of technology) présenté ci-après. Chaque facteur influant sur le comportement de l'utilisateur se voit modéré ou amplifié par des variables propres à cet utilisateur, son genre, son âge, son expérience et la volonté d'utilisation. Chaque construit a fait l'objet d'une étude bibliographique, le modèle proposé étant à la fois un modèle d'étude et un modèle de présentation.

³⁵⁸ Venkatesh Viswanath, Davis Fred D. (2000) "A theoretical extension of the technology acceptance model: Four longitudinal field studies." *Management science*, Vol. 46, Issue 2, pp. 186–204

³⁵⁹ Venkatesh Viswanath, Morris Michael G., Davis Gordon B., Davis Fred D. (2003) "User acceptance of information technology: Toward a unified view" *MIS Quarterly*, Vol. 27, n° 3, pp. 425–478.

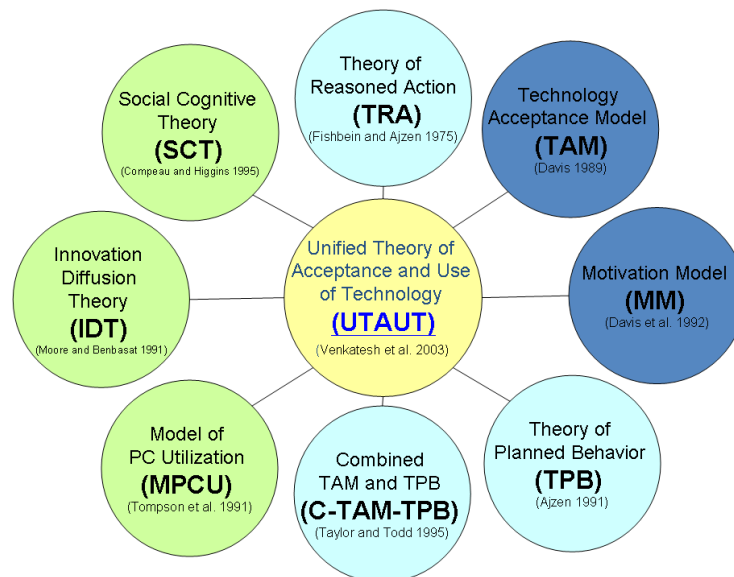
Figure 26 : Le modèle unificateur UTAUT de Venkatesh (1)



Source : Venkatesh (2003)

Le schéma suivant fait la synthèse de différents modèles aboutissant au modèle UTAUT :

Figure 27 : Le modèle unificateur UTAUT de Venkatesh (2)



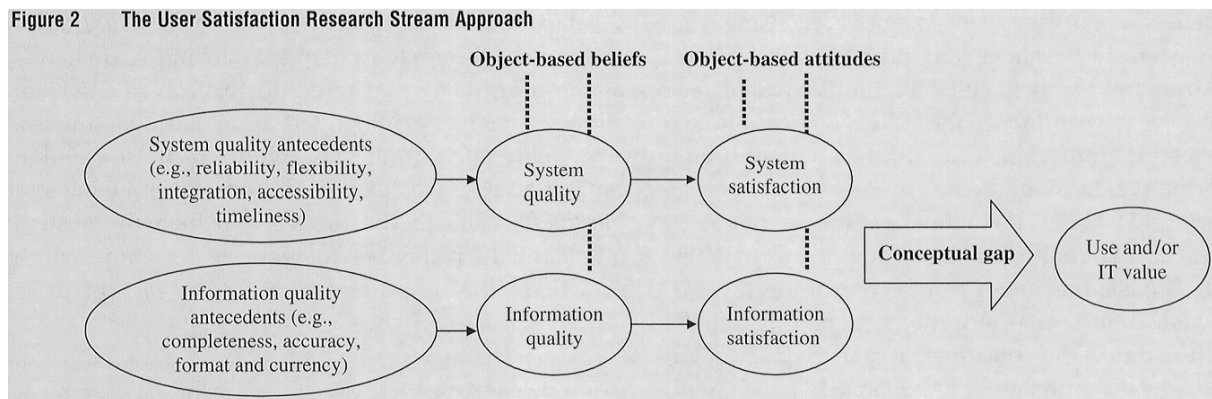
Source : Min-Yuh Day (2011³⁶⁰) Tamkang University

Enfin, d'autres modèles sont « centrés » sur les utilisateurs. Ils aboutiront à une dernière version « étendue » du modèle d'acceptation des technologies. Citons Wixom et al. (2005³⁶¹) avec le modèle intégrant l'acceptation de la technologie et la satisfaction des utilisateurs. Pour ce faire, les auteurs ajoutent au modèle TAM trois extensions couramment constatées dans la littérature : les facteurs associés aux intentions d'usage (les normes subjectives, le contrôle perçu), les facteurs relatifs à l'attitude par rapport aux usages (testabilité, compatibilité) et les variables externes associées à l'utilité et la facilité d'usage perçues (données sociodémographiques, caractéristiques du système, traits de personnalité). Le modèle prend alors l'apparence suivante :

³⁶⁰ Day Min-Yuh (2011) « Theories of media and information », Social media management (course presentation), Tamkang University

³⁶¹ Wixom Barbara H., Todd Peter A. (2005) "A Theoretical Integration of User Satisfaction and Technology Acceptance" Information systems research, vol. 16, n° 1, pp. 85-102.

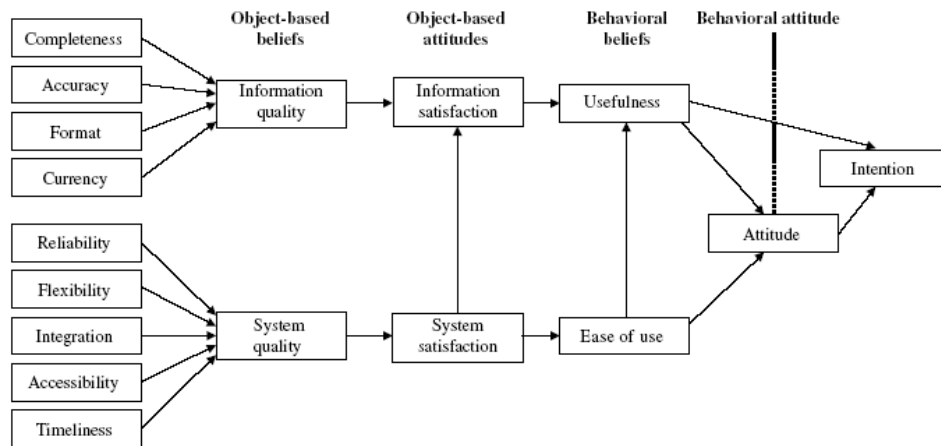
Figure 28 : Le modèle de recherche de la satisfaction des utilisateurs



Source : Wixom (2005)

IUSTA: Integration of User Satisfaction and Technology Acceptance

Figure 29 : Et le modèle final IUSTA



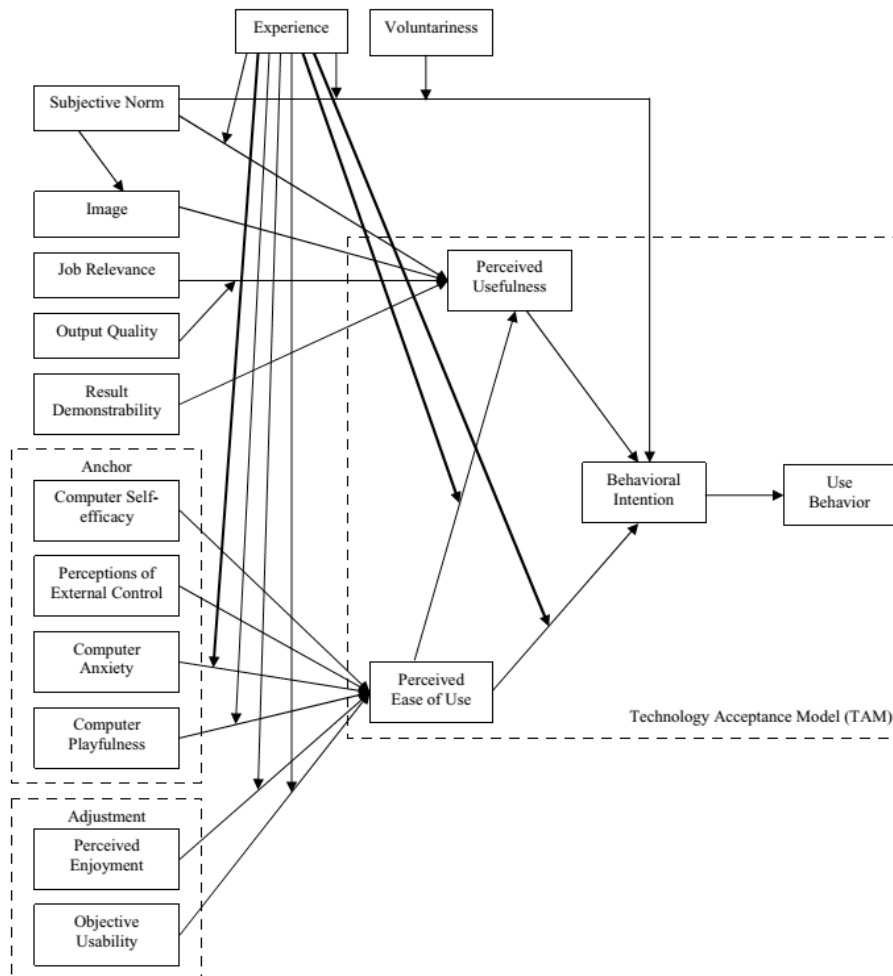
Source : Wixom (2005)

Enfin, en relation avec ces différents travaux, Venkatesh *et al.* proposent en 2008³⁶² le modèle TAM3 ci-après qui se propose d'assurer la convergence entre les différents modèles précédents.

³⁶² Venkatesh Viswanath, Bala Hillol (2008) "Technology acceptance model and a research agenda on interventions" *Decision sciences*, Vol. 39, n° 2, pp. 273-315.

Figure 30 : Le modèle TAM3

Figure 2: Technology acceptance model 3 (TAM3)^a.



^aThick lines indicate new relationships proposed in TAM3.

Source : Venkatesh (2008)

Aux modèles précédents, nous associerons les démarches plus ou moins opérationnelles liées aux TIC dans les entreprises. Citons pour mémoire :

- L’alignement stratégique des systèmes d’information et les démarches associées que nous abordons dans le chapitre 6.7 La genèse du modèle et ses sources, page 193. Ils se complètent le plus souvent des modèles d’intégration de l’informatique en santé et des démarches orientées métiers associés aux outils de description des processus et workflows (automatisation) ;
- Les facteurs de risques associés à l’utilisation ou la non-utilisation des TIC ;

Dès la parution du premier modèle TAM de Davis, certains auteurs se sont intéressés au « modèle miroir » de ce modèle que l’on peut qualifier de modèle de résistance ou de « non-acceptation » de l’usage des technologies. En raison de l’approche généralement positive des TIC, il est bien souvent moins exploré. Citons en premier les travaux précurseurs de Ram et Jung (1991³⁶³). L’article est introduit ainsi : “Once organizations adopt an innovation, they may force various individuals to use it. While researchers have frequently studied perspectives of suppliers and their customers, they have sometimes neglected the important roles of those

³⁶³ Ram Sudha, Jung Hyung-Shik (1991) “‘Forced’ adoptions of innovation: Consequences and implications” *Journal of Product Innovation Management*, vol. 8, Issue 2, pp. 117–126, June 1991.

who must use the innovation when it is provided to them.” En référence aux travaux de Gatignon et Robertson, les auteurs se proposent d’aborder l’adoption « imposée » aux utilisateurs, notamment quand la décision a été prise par des décideurs et que l’acceptation de cette « innovation » par les utilisateurs est incertaine. On rejoint ici certaines préoccupations de Marc Berg. Les auteurs se proposent d’aborder deux points liés à une innovation « forcée » :

- Comment les utilisateurs résistent-ils ? Cette résistance varie-t-elle avec les individus ? Comment ceux qui expriment la résistance la plus forte font-ils face ?
- Comment l’évaluation de l’innovation (suivant son « exposition » et son adoption) varie-t-elle en fonction des individus ?

Trois facteurs sont alors observés : l’innovation elle-même, la durée de la possibilité de l’essai et les compétences techniques. Les plaintes des utilisateurs vis-à-vis de l’innovation elle-même viennent compléter ces facteurs. Les auteurs montrent qu’il y a peu de corrélation entre l’innovation elle-même et la résistance exprimée. Il semble s’agir de deux construits différents. De façon à réduire la résistance, la possibilité de tester l’innovation permet d’en faciliter l’appropriation. Une attention particulière doit être apportée au développement des compétences. Le développement des interactions entre utilisateurs au cours de l’implémentation est aussi un facteur de succès. Cette approche mériterait une étude plus approfondie, notamment lorsque les résistances sont les plus fortes, les détournements ou les bricolages les plus importants. Il convient aussi d’ajouter que les besoins exprimés sont souvent supérieurs aux besoins réels et que toute solution engendre toujours une certaine frustration, tant que la masse critique d’information n’est pas atteinte. Sa transformation de solution à infrastructure (*intériorisation*) fait alors évoluer les appréciations.

D’un autre côté, si Millerand (1998³⁶⁴) considérait que les tenants du déterminisme technologique tendaient à avoir un discours plus nuancé, l’auteur notait aussi que « ... *les discours médiatiques – et politiques – dominants restent très fortement marqués par cette tendance, révélant ainsi la prégnance des mythes technologiques ancrés dans l’imaginaire social. Dans le cas des technologies d’information et de communication, la fascination envers la technique est d’autant plus grande que les discours s’articulent autour d’une figure de l’usager promu au rang d’un sujet plus libre et plus actif.* » Nous pouvons noter, au travers des différents plans d’informatisation dédiés à la santé, s’appliquant presque exclusivement au monde hospitalier, que ce déterminisme technologique est toujours aussi prégnant, même si les approches dépassent rarement le stade de l’expérimentation. Ou peut-être à cause de.

Pourtant, la « sociologie des usages » (voir la partie sur la diffusion des innovations), pour reprendre les termes de Mallien et Toussaints (1994³⁶⁵), a mis en évidence le quotidien comme « véritable terreau » de formation des usages. « *Nos travaux ont montré en effet que l’insertion sociale des NTIC, son intégration à la quotidienneté des usagers, dépendaient moins de ses qualités techniques “ intrinsèques ”, de ses performances et de sa sophistication que des significations d’usage projetées et construites par les usagers sur le dispositif technique qui leur était proposé. Face à un nouveau dispositif technologique, d’une manière plus ou moins explicite et consciente, les usagers effectuent une sorte de procès en légitimité de son usage. De l’issue de ce procès dépendront les conditions de l’intégration sociale de la nouvelle technologie de l’information et de la communication. Une telle façon de poser le problème de l’usage exprime*

³⁶⁴ Millerand Florence (1998) « Usages des NTIC : les approches de la diffusion, de l’innovation et de l’appropriation (1re partie) », Composite, vol. 2, n° 1, pp. 1-19

³⁶⁵ Mallien Philippe, Toussaint Yves (1994) « Intégration sociale des technologies d’information et de communication : une sociologie des usages », Technologies de l’information et société TIS, vol. 6, n° 4, p. 315-336

une nouvelle forme d'interaction offre-demande relative aux NTIC... l'offre doit se concevoir comme une demande et la demande comme une offre. »

En anticipant sur la discussion et au regard de la stratification de notre système de santé d'une part, mais aussi à celle des professionnels eux-mêmes et de leurs spécialisations, nous pouvons avancer que ces décisions prises au quotidien, notamment pour ce qui concerne le système d'information et les TIC, les informations demandées ou souhaitées, les usages souhaités... sont plus ou moins déconnectés des conditions réelles de leur usage. Il en est de même pour le quotidien hospitalier qui n'est « pas le même » que le quotidien de la ville. Serait-ce là l'un des facteurs explicatifs aux difficultés non pas de la communication elle-même, mais de l'imposition des usages de TIC « unifiées » à tous les niveaux du système de santé, « sans discernement » de ce quotidien ?

Sur le fond, pour reprendre Proulx (2005³⁶⁶), « *Quand on cherche à définir un modèle d'analyse pertinent, le défi épistémologique et méthodologique le plus important pourrait se formuler de la manière suivante : comment décrire les usages ? Comment dépasser le simple niveau des déclarations des usagers concernant leurs propres pratiques ? Comment conserver des traces des pratiques d'usage qui nous serviront ensuite pour l'analyse ?* » L'auteur propose alors de décliner un modèle comportant cinq niveaux d'interprétation qu'il nomme lui-même la « sociologie des usages », répartis comme suit :

- L'interaction dialogique entre l'utilisateur et le dispositif technique mettant en évidence quatre cas de figure (Akrich, 1990, citée par l'auteur) : déplacement, adaptation, extension et détournement ;
- La coordination entre l'usager et le concepteur du dispositif ;
- La situation de l'usage dans un contexte de pratiques (c'est à ce niveau que l'on pourrait parler de l'expérience de l'usager) ;
- L'inscription de dimensions politiques et morales dans le design de l'objet technique et dans la configuration de l'usager ;
- L'ancrage social et historique des usages dans un ensemble de macrostructures (formations discursives, matrices culturelles, systèmes de rapports sociaux) qui en constituent les formes.

D'autres approches autour des « non-usages » amènent à solliciter certaines références associées à la « fracture numérique ». Néanmoins, dans notre contexte, les facteurs menant à une « exclusion » semblent peu applicables, usagers et « non-usagers » formant des groupes trop disparates pour pouvoir être opposés. D'autre part, cette opposition ne concerne pas l'informatisation ou les TIC en elles-mêmes, mais plutôt le caractère imposé des décisions conduisant à un changement d'habitudes qui, de prime abord, n'apporte que peu ou pas de bénéfices apparents à l'utilisateur, au sens de Rogers évoqué au début de ce chapitre. Dans notre environnement, s'agit-il réellement d'usage ou plutôt d'acceptation (ou de refus) de décisions qui semblent échapper aux principaux intéressés ? Catrice-Lorey et Stefen (voir le chapitre 4.5.1 : De la politique à la réalité, page 108) apportent peut-être un élément de réponse.

Enfin, dans la majorité des cas, à l'exception de la non-utilisation des outils technologiques, ces approches considèrent le côté systématiquement positif des TIC (déterminisme technologique) ou des innovations, y compris par les sociologues à l'origine de ces démarches. Si les facteurs clés de succès ou d'échec interrogent les conditions de réussite des projets associés, ces notions restent relatives, car elles dépendent des points de vue, les facteurs réels de ces échecs restant peu explorés sur le fond. Soit parce qu'ils sont avant tout

³⁶⁶ Proulx Serge (2005) « *Penser les usages des technologies de l'information et de la communication aujourd'hui : enjeux – modèles – tendances* », in Lise Vieira et Nathalie Pinède, éd., *Enjeux et usages des TIC : aspects sociaux et culturels*, Tome 1, Presses universitaires de Bordeaux, p. 7-20.

subjectifs et que l'approche techno-centrée reste à la surface des choses, soit parce qu'ils restent difficiles à atteindre, les principaux concernés ne dévoilant que très rarement les motivations réelles qui les poussent à remettre en cause l'utilisation des outils ou l'intégration de nouvelles démarches. Relevant le plus souvent d'études sociologiques, elles permettent de décrire les positionnements. C'est ce que nous appelons la zone de transition dans le chapitre suivant.

6.4.2 La zone de transition

Si, dans démarches relatives aux systèmes d'information, les études de la zone « émergée » semblent les plus nombreuses, les modèles dits d'acceptation ou de diffusion intéressent pour partie les approches de la sociologie des organisations. D'autres modèles les complètent. Nous situons à ce niveau les approches comme la théorie de l'acteur réseau (le modèle de la traduction) ou le modèle de la circulation (Flichy).

Dans les années 1980, Michel Callon, Bruno Latour et Madeleine Akrich, sociologues au centre de sociologie de l'innovation de l'École des Mines de Paris, développent le modèle de la traduction, en réaction aux modèles diffusionnistes. Ils appréhendent la genèse et la diffusion des innovations comme des processus de constitution de réseaux sociotechniques. Ils analysent l'innovation comme un construit social, résultant d'une série d'interactions sociotechniques, de traduction, de jeux d'alliances et de négociation entre les différents acteurs, hétérogènes, humains et non humains, nommés les actants. Ils ont orienté l'attention sur l'apport de la médiation entre les protagonistes de l'innovation. Dans ce processus, où les actants sont en relation, le processus d'appropriation de l'innovation n'est pas linéaire comme peut le laisser croire le modèle diffusionniste, mais en « tourbillon ».

L'objet technique « est avant tout considéré en tant que résultat socialement construit d'un processus d'innovation. Il s'agit en particulier de montrer que ni des nécessités purement techniques ni l'imposition de certaines formes socio-politiques ne peuvent expliquer la forme prise par les innovations... le processus d'innovation est décrit comme la construction d'un réseau d'association entre des entités hétérogènes, acteurs humains et non humains. À chaque décision technique, l'innovateur éprouve les hypothèses sur lesquelles il s'est appuyé, hypothèses qui concernent à la fois la nature des entités dont il a besoin pour faire avancer son projet et les désirs, les intérêts, les aspirations de ces entités ; en acceptant au fil de ces épreuves de négocier les contenus techniques, il mobilise toujours davantage d'entités et étend son réseau. Le processus d'innovation s'achève lorsque la circulation du dispositif technique ne génère plus de revendications susceptibles de défaire le réseau ainsi constitué et de remettre en cause le partage stabilisé des compétences entre l'objet et son environnement », Akrich (1993³⁶⁷).

Nous n'appréhendons pas l'informatisation (actuelle) de la santé comme une innovation, encore qu'il serait possible de s'interroger sur les phases de conception non seulement des outils, mais aussi des conditions qui ont conduit à la création de ces outils, des « innovations » qu'ils portent, de la participation des utilisateurs à leur conception ou de leur acceptation par les professionnels de santé. Peut-être que cette approche permettrait de comprendre comment un modèle, censé être fédérateur pour toute une population, ou présenté comme tel, suscite aussi peu d'intérêt ou autant de résistance. La sociologie de la traduction, la théorie de l'acteur réseau ne sont pourtant pas dénuées d'intérêt comme nous le montre Denis (2004³⁶⁸) dans son approche de la construction des stratégies (strategizing)

³⁶⁷ Akrich Madeleine (1993) « Les objets techniques et leurs utilisateurs, de la conception à l'action. » In : *Raisons pratiques*, n° 4, les objets dans l'action, Éditions de l'EHESS, p. 35-57 (p. 36)

³⁶⁸ Denis Jean-Louis, Langley Ann, Rouleau Linda (2004) « La formation des stratégies dans les organisations pluralistes. Vers de nouvelles avenues théoriques », 13e conférence de l'AIMS. Normandie. Vallée de la Seine 2, 3 et 4 juin 2004

puisque, comme l'indique Flichy (2001³⁶⁹) « *C'est l'étendue et la solidité du réseau et non la pertinence de la solution technique, qui permet d'expliquer le succès d'une innovation.* » Nous y reviendrons. D'autre part, nous ne nous intéressons pas ici à « l'usage des objets communicationnels » en tant que tels (Proulx, 2006³⁷⁰), mais à la communication elle-même, ses formes, sa réalité, voire son absence. Le positionnement est alors différent.

Selon Miège (1995³⁷¹), trois opérations essentielles caractérisent ce processus : intéressement, traduction et enrôlement. Contenus techniques et contenus sociaux s'y affrontent, mais on ne sait pas par avance lesquels vont être négociés et lesquels vont être retenus. Selon cette perspective, le réseau s'avère donc un élément nodal dans l'élaboration d'une innovation technologique. Flichy (Op. cit.) reproche à cette approche constructiviste de l'innovation le fait qu'elle soit essentiellement axée sur les alliances et les opportunités en éliminant complètement de son analyse « *l'étude des intentions initiales, des projets des innovateurs. S'il faut bien prendre en compte l'ensemble du dispositif de construction d'une technique, faut-il oublier pour autant les caractéristiques du projet initial ?* » (p. 53.) Néanmoins, nous considérons que cette genèse n'est pas totalement oubliée dans l'approche sociotechnique des innovations. Callon nous le rappelle dans différents articles comme celui de 1979, « *l'État face à l'innovation technique. Le cas du véhicule électrique* » plus développé dans son ouvrage de 1978 « *Le véhicule électrique : un enjeu social* » et rappelé dans son article coécrit avec Latour en 2006 « *Le grand Léviathan s'apprivoise-t-il ?* ».

Dans son modèle de la circulation, Flichy (Op. cit.) propose de rendre compte de la complexité de l'insertion sociale de la technique. Il intègre, dans un cadre « sociotechnique de référence » défini entre les protagonistes, l'articulation (« l'alliage »), « un cadre de fonctionnement » dans lequel le projet d'innovation va prendre place par itérations successives (le domaine des stratèges, du « comment ça marche ? », et du « comment fait-on ? ») et où s'organisent les interactions entre les acteurs, et un cadre d'usage (le domaine des « tacticiens », du « comment s'en sert-on ? »), qui renvoie à l'usage de la technique par le concepteur et par l'utilisateur. Chaque acteur imagine un cadre d'usage abstrait, et de la négociation peut sortir un cadre d'usage concret. Flichy s'inspire des notions de projet et d'équipe projet comme lieu d'élaboration d'un nouveau dispositif sociotechnique. Si l'objectif d'un projet est son résultat, en mêlant conception et construction la réussite du projet est le résultat « *de compromis permanents avec les différents acteurs qui ont des compétences spécifiques et viennent de plusieurs secteurs de l'entreprise. On assiste à un jeu constant de négociation et d'intégration. Le chef de projet doit savoir à la fois affirmer l'identité de son projet et discuter chacun des éléments avec les différents métiers qui sont associés à l'opération... L'idée de négociation, de compromis, d'une innovation qui se construit en fonction d'opportunités, d'accords ponctuels n'est pas très éloignée de l'approche par les sociologues des réseaux sociotechniques.* ». Le conflit constructif de Parker Follett n'est jamais très loin.

C'est ainsi que pour faire coopérer des acteurs appartenant à des mondes sociaux différents et ayant des visions différentes du même objet, Flichy nous rappelle les travaux sur le concept d'objet-frontière de Star et Griesemer qui l'ont introduit « *... pour étudier des dispositifs scientifiques ou techniques qui sont positionnés à l'intersection de plusieurs mondes sociaux, mais qui répondent en même temps aux nécessités de chaque monde. " Ils sont suffisamment flexibles pour s'adapter aux besoins et aux nécessités spécifiques des différents acteurs qui les utilisent et sont suffisamment robustes pour maintenir une identité commune. " L'objet-frontière permet d'organiser la coopération entre des acteurs ayant des points de vue et*

³⁶⁹ Flichy Patrice (2001) « *La place de l'imaginaire dans l'action technique. Le cas de l'Internet* », Réseaux, Vol. 5, n° 109, p. 52-73

³⁷⁰ Proulx Serge (2006) « *Pour comprendre l'usage des objets communicationnels (re)penser le constructivisme. Signe, culture et lien social à l'ère des réseaux* », Degrés, n° 126-127, Bruxelles, pp. B1-B18

³⁷¹ Miège Bernard (1995) « *La pensée communicationnelle* », éditions PUG, Grenoble, Collection « *La Communication en Plus* »

des connaissances différents, sans renoncer à leurs compétences propres, mais en adoptant une approche commune... » (Flichy, 2001)

Cela est d'autant plus important que le cycle de développement de l'innovation est long. Dans ce cas, Flichy considère que l'on n'a plus affaire à un projet ou à une intention commune, mais à une vision ou « un imaginaire collectif » concernant une profession, un domaine d'activité. Il ne concerne pas que les concepteurs, mais aussi les usagers. *« Si donc les intentions, les projets, mais aussi les utopies et les idéologies jouent un rôle dans l'élaboration technique, il convient d'examiner plus en détail comment étudier cet imaginaire... Si on veut donc associer dans l'analyse, l'imaginaire et l'action technique, il convient de s'intéresser successivement aux auteurs et aux destinataires de ces discours sur la technique. Les premiers peuvent être des concepteurs, des usagers souvent précoces ou des commentateurs. Ils peuvent s'adresser à des personnes impliquées dans le processus technique, comme ingénieur, décideur et surtout utilisateur, ou au contraire à des personnes non impliquées. »*

Cette approche présente un double intérêt. Elle permet de prendre en considération la dimension symbolique et fondamentale des relations symboliques entre utilisateurs et objets techniques, mais aussi de ne pas tomber dans le déterminisme technique ou technologique. Le cadre sociotechnique permet d'articuler les représentations présentes dans les discours d'accompagnement de l'innovation, mais aussi dans l'action technique de son développement. On y retrouve pour partie les principes du « changement traduit » et des moments de la conduite du changement traduit proposés par Callon (voir à ce propos Walsh et Renaud, 2010³⁷²).

Ainsi, en reprenant la notion d'imaginaire, si dans les instances décisionnelles en santé l'idée d'une coopération informatique étendue « et banalisée » en santé se fait jour, celle-ci ne semble pas s'ancrer dans l'imaginaire collectif. Le modèle de conception et décision serait-il alors en cause ? Il ne semble pas y avoir de cohérence entre les représentations des différents acteurs impliqués dans ce système. Il y a aussi un décalage temporel important entre le souhait exprimé et les capacités à faire, à mettre en œuvre, à utiliser et, enfin, à ancrer dans les usages.

Flichy fait appel à Ricœur pour associer réalité et utopie au lieu de les opposer, *« l'idéologie ne s'oppose pas au réel, car la réalité est symboliquement médiée. »* (p. 66), et propose un modèle d'analyse de l'imaginaire technique³⁷³. Le développement d'une innovation technique s'effectue par la mise en place et la stabilisation d'un cadre sociotechnique qui comprend trois phases, mettant en relation utopie et idéologie (le schéma associé est proposé à la page suivante) :

- « Utopie de rupture » (1). C'est la phase « subversive de l'utopie », permettant d'imaginer tous les possibles. C'est la phase plus fertile et la plus brouillonne, initialement appelée « Objet-valise ». *« Les innovateurs imaginent un grand nombre de dispositifs techniques qu'ils proposent d'utiliser dans les domaines les plus variés de l'activité sociale... Les projets envisagés sont ici les plus divers, souvent opposés, parfois simplement juxtaposés. Ils appartiennent à différents mondes sociaux. C'est aussi pendant cette période que certains des acteurs de la technique découvrent les interrogations, voire les projets d'autres acteurs. Ces rencontres improbables entre dispositifs techniques différents, entre concepteurs et usagers peuvent n'être que fête passagère ou au contraire, être profondément fécondes. Je parlerai dans ce cas d'utopie de rupture » ;*

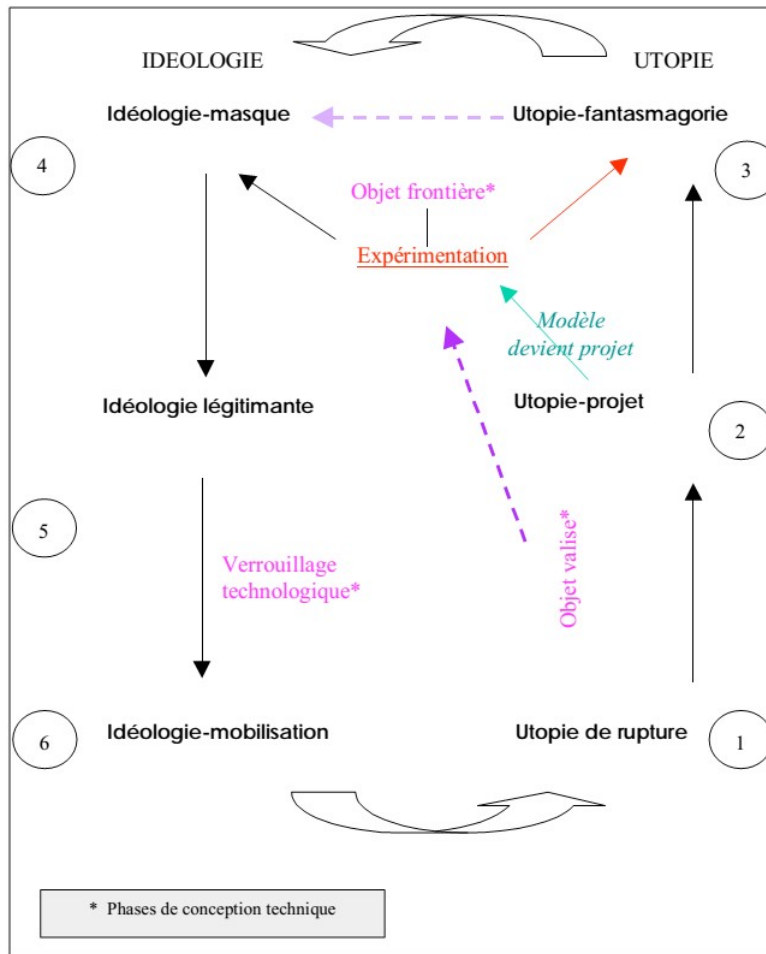
³⁷² Walsh Isabelle, Renaud Alexandre (2010) « La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de Système d'Information », *Management & Avenir*, Vol. 9, n° 39, pp. 283-302

³⁷³ Ce modèle a été introduit dans son ouvrage de 1995. Flichy Patrice (1995) « L'innovation technique », *La Découverte*

- « Utopie de projet » (2). Dans la seconde phase, les alternatives aux dispositifs existants prennent forme dans de véritables projets. Soit la réflexion utopique évolue vers un projet expérimental (ou une maquette), soit elle devient pure fantasmagorie (3).
- « Expérimentation ». L'utopiste devient expérimentateur et se confronte à d'autres acteurs sociaux. Pour que le projet survive, l'expérimentateur doit construire un objet-frontière en élaborant des compromis qui permettent d'associer des partenaires multiples. L'objet-valise se transforme en un objet-frontière, résultat d'un compromis stable. Les contours de l'objet technique et le cadre sociotechnique prennent forme. Cette phase permet aussi de reconstruire le discours utopique en revendiquant l'exemplarité dans l'expérience réalisée. Pour atteindre leur objectif, les utopistes doivent diffuser largement leur nouvelle technologie. Le contexte social particulier qui a rendu possible l'expérimentation est oublié, cette technique locale est alors présentée comme la technique de base d'un nouveau fonctionnement social. L'utopie se transforme en idéologie, ou certains aspects de la réalité sont masqués dans la promotion de l'objet technique (Idéologie-masque – 4).

Les phases suivantes marquent l'ancrage dans le paysage sociotechnique par la légitimation et le verrouillage technologique (idéologie légitimante – 5), qui est aussi un verrouillage sociotechnique, puis l'intégration dans la société (Idéologie mobilisation – 6). Le « feedback » permet une nouvelle itération du modèle. Celle-ci est néanmoins fortement contrainte par les étapes 4, 5 et 6 qui, une fois établies, cherchent potentiellement à éviter toute nouvelle itération remettant en cause leur positionnement dans le paysage, voire leur hégémonie.

Figure 31 : Processus d'analyse de l'imaginaire technique reposant sur la spirale idéologie/utopie



Source : Flichy (1995, 2001)

Deux phases semblent particulièrement sensibles :

- Le passage d'objet-valise à objet-frontière. N'intégrer que des acteurs techniques risque d'entraîner des incompréhensions majeures chez les futurs utilisateurs qui ne se sentiront pas concernés par un sujet en dehors de leur domaine ;
- Le passage de l'expérimentation à la généralisation, les discours associés à « l'idéologique masque » pouvant agir comme amplificateur de l'usage potentiel... ou comme un repoussoir, en raison « d'un masque trop opaque »...

L'intérêt de ce modèle, élaboré à partir de l'analyse des discours sur (l') Internet, est de montrer que l'imaginaire sociotechnique évolue dans le temps, entre la conception et la diffusion de l'innovation. D'autre part, ce ou ces imaginaires évoluent dans le temps au moins pendant la phase de conception. Il s'agit aussi de déplacer les rapports « technique-société » vers celle du déroulement de l'action technique comme compromis entre deux mondes sociaux, les concepteurs et les usagers.

À sa parution dans l'ouvrage de 1995, ce modèle a suscité quelques remarques ou précisions (Chambat, 1995³⁷⁴) concernant la définition de la technique, de sa conception et de son usage : « l'action technique, visant à la conception et la fabrication d'un nouveau média de communication, n'est pas du même ordre que l'action de communication médiatisée par la

³⁷⁴ Chambat Pierre (1995) « L'innovation technique. Récents développements en sciences sociales – vers une nouvelle théorie de l'innovation (Patrice Flichy). » In : Réseaux, Vol. 13, n° 74. Télévision et apprentissages. p. 207-210

technique ». D'autre part, cette approche ne semble concerner que les objets matériels. La place et les effets accordés aux techniques non matérielles, intellectuelles, relationnelles ou comportementales, associées à l'utilisation, aux savoir-faire semblent peu ou pas abordés, ce qui tendrait à faire déboucher sur une conception fonctionnelle de l'usage comme conformité à un cadre préexistant stabilisé ou son intériorisation.

Vu des systèmes d'information, ce cadre d'analyse semble avoir suscité que peu de développements. Nous y voyons trois raisons possibles :

- Le développement des approches managériales autour des systèmes d'information avec la mise en œuvre des démarches dites de processus et la mise en œuvre de solutions telles que les ERP ;
- La renégociation permanente de la notion d'usage par les sociologues depuis le début des années 2000 notamment et ;
- L'évolution de plus en plus rapide des technologies comme Internet ou la téléphonie mobile, au moins dans le quotidien du grand public, professionnels compris, qui suscitent quelques interrogations quant à la réalité et l'intérêt de projets « très long terme », dont la cible est un public très hétérogène. La phase de négociation et de compromis autour d'un objet-frontière dépasse alors largement les retombées attendues par les utilisateurs. La phase « idéologique masque » s'étendant trop dans le temps, les cibles potentielles n'y croient plus et passent à d'autres solutions. Il existe un forum médical « technophile » existant depuis 2002. Son analyse serait certainement riche d'enseignements.

Enfin, Tabei (2010³⁷⁵) nous rappelle les conclusions de Mercier sur les usages :

« Cinq leçons sont à retirer des travaux sur la formation des usages sociaux des TIC :

- *Le compromis entre l'idéal qui a porté le projet et le réalisme qui au nom de la viabilité économique, peut donner un caractère plus marchand et utilitaire ;*
- *La technique ne recrée pas du social, l'innovation est insuffisante à bouleverser la vie locale ;*
- *Sur le terrain, s'articulent imaginaire collectif du progrès et stratégies des acteurs qui portent l'innovation, l'étude de cet imaginaire éclaire le sens dans lequel peuvent évoluer les usages donnés à la technique et leur devenir possible ;*
- *La naissance de l'innovation sociale autour d'une innovation technique doit être accompagnée par un contexte socioculturel favorable ;*
- *Enfin, cette innovation ne peut vraiment se concrétiser que si elle est en phase avec le contexte sociopolitique de l'époque.*

En somme, entre innovation technique et changement social, les interrelations sont complexes. Toutefois, confronter les modalités d'appropriation sociale des techniques, permet de préciser cette interrelation. »

Plus on descend en profondeur, plus l'influence des motivations et des convictions personnelles, mais aussi professionnelles, les croyances, a un effet sur l'acceptation ou le refus des changements (évolution du noyau central). Ils concernent tant l'introduction de nouvelles techniques ou technologies qui seraient « imposées », mais aussi un réflexe de résistance aux changements, réflexe qui est d'autant plus important que l'image de la profession est ancrée dans son (l') histoire et celle de la société où elle prend place (institutionnalisation). Nous avons considéré que si les « couches supérieures » étaient plutôt bien documentées, les raisons profondes de l'acceptation ou du refus des changements ou des évolutions devaient selon nous être approfondies.

³⁷⁵ Tabei Faben « L'enseignement à distance en Tunisie : Un nouveau dispositif universitaire en évolution » Groupe de Recherche sur les Enjeux de la Communication, Université Stendhal, Grenoble.

6.4.3 La partie immergée : de multiples phénomènes sous-jacents

Elle correspond, selon nous, aux motivations profondes qui ont une incidence notable sur la mise en œuvre des changements dans les habitudes professionnelles. En première approche, si elles concernent la diffusion des bonnes pratiques médicales, Cabana *et al.* (1999³⁷⁶) offrent un éclairage complémentaire sur les barrières intervenant sur le changement comportemental des praticiens, en lien avec les bonnes pratiques, que nous étendons aux TIC. Selon les auteurs, ces barrières sont de deux ordres et elles concernent :

- La connaissance ou la méconnaissance, avec deux sous-ensembles de barrières :
 - La méconnaissance de l'existence même de la recommandation (*lack of awareness*). C'est le cas pour ce qui concerne, en apparence, certains outils tels que le DMP pour lequel la communication a essentiellement concerné les établissements de santé ;
 - La méconnaissance du contenu de la recommandation (*lack of familiarity*) : le médecin connaît l'existence de la recommandation, mais pas son contenu. Concernant les TIC en général ou le DMP en particulier, ce point rejoint le précédent.
- Le comportement du praticien :
 - Le désaccord (*lack of agreement*), qui peut être de deux natures :
 - 1) Le contenu de la recommandation, avec des différences dans l'interprétation des preuves, de leur applicabilité à la population cible, la balance bénéfico-risque étant jugée défavorable, ou en raison du coût ou l'inconfort possible pour le patient. Si l'intérêt du partage d'informations liées au patient est clairement démontré, celui-ci prend le plus souvent place dans un contexte « choisi ». S'il devient « orchestré », il rebute le praticien, pour les deux raisons évoquées ici.
 - 2) Parce que ces recommandations sont trop simplifiées ou trop simplistes (c'est un « livre de recettes ») ou elles sont perçues comme une entrave à l'autonomie du praticien ou elles sont peu pratiques à utiliser. Elles peuvent aussi engendrer des charges supplémentaires sans que le praticien en retire « un bénéfice propre » (voir les débats autour de la mise en place de la FSE en 1996-1997, ou les idéologies « masque » et « légitimante » de Flichy) ;
 - Le manque de confiance en soi (*lack of self-efficacy*), lié au doute dans sa capacité à appliquer la recommandation. Même si cet aspect faiblit dans l'utilisation des outils technologiques, il reste prégnant dans certains contextes et n'est pas forcément dépendant du niveau culturel ou social. Dans certains cas, les « habitués du bricolage » sont parfois les plus à l'aise. Dans le cas d'un dossier largement partagé, le praticien met aussi sa pratique en évidence et, potentiellement, rechigne à se soumettre au regard de ses pairs, connus ET surtout inconnus ;
 - Le doute quant au bénéfice attendu par l'application d'une recommandation (*lack of outcome expectancy*). Avec un dossier partagé, il y a non seulement partage des connaissances, mais aussi un risque quant au partage des informations liées à sa patientèle, dans un contexte « hors réseau informel » (le

³⁷⁶ Cabana Michael D., Rand C., Cynthia S., Powe Niel R. et al. (1999) "Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement." *JAMA*, Vol. 282, issue 15, pp. 1458-1465

- réseau informel repose le plus souvent sur la confiance). La balance bénéfico-risque concerne le patient et le praticien ;
- Le manque de motivation du praticien dans l'application des recommandations associé à la force d'inertie des pratiques habituelles. À rapprocher de la difficulté à modifier un comportement routinier, souvent ancré dans la pratique, mais aussi de la pyramide des âges des praticiens ;
 - Enfin, les auteurs distinguent les trois barrières externes affectant directement le comportement du médecin. Elles concernent les bonnes pratiques elles-mêmes (application difficile), elles sont en relation avec le patient et ses particularités ou en relation avec l'environnement, comme, dans ce dernier cas le manque de soutien « logistique » dans la mise en œuvre (outil informatique, soutien et conseil, travail isolé, augmentation du coût de la pratique, augmentation du temps administratif...). Ici, le praticien ne peut intervenir. Enfin, le manque de temps ou de moyens financiers est aussi évoqué.

Espeland et Baerheim (2003³⁷⁷) ont complété l'étude de Cabana *et al.* en ajoutant 4 facteurs complémentaires (dans un contexte situé, les prescriptions de radiographies) :

- Les croyances (les attitudes ou les représentations mentales) concernant l'absence d'effet désiré produit par ces recommandations ;
- Le ressenti ou les difficultés d'ordre émotionnel avec lesdites recommandations ;
- Les difficultés d'accès aux services de soins actuellement en place ou aux services alternatifs (téléimagerie dans leur étude) et enfin ;
- La pression exercée par les différents partenaires du système de santé, fournisseurs ou organisations de soins.

Ces deux approches viennent compléter ou amender la structuration de ce niveau que nous appréhendons par l'entremise de la théorie néo-institutionnelle. Elle présente l'avantage de permettre la structuration de la démarche en niveaux multiples. Avant d'aborder ce sujet, revenons quelques instants sur les modèles comportementaux.

6.4.3.1 TAR et TCP, Fishbein et Ajzen

D'autres théories à caractère comportemental ou les théories sociocognitives peuvent compléter cette approche multi-niveau. Notons qu'elles sont aussi mises en œuvre dans l'étude des déterminants individuels de l'adoption des TIC et que, sur certains points, elles portent principalement sur l'identification des barrières. Il s'agit donc d'analyser, voire de prédire les intentions et les comportements.

Citons, pour mémoire, la théorie de l'action raisonnée (TAR) de Fishbein et Ajzen (1975³⁷⁸) qui sera étendue par Ajzen avec la théorie du comportement planifié (TCP, Theory of planned behavior - TPB). La TAR définit les liens entre les croyances, les attitudes, les normes, les intentions et les comportements des individus. Le comportement étant sous le contrôle de la volonté, l'intention déclarée, expression verbale de la volonté, sera fortement en corrélation avec l'action elle-même. Le comportement dépend de l'intention qui dépend elle-même de l'attitude envers le comportement (favorable ou défavorable) et des normes subjectives de l'individu (importance des opinions des autres au regard du comportement qu'il souhaite adopter. On peut l'assimiler à une forme de pression sociale). Ces croyances sont de deux ordres : les croyances normatives (opinion des autres), et les croyances liées à la motivation d'adopter un comportement donné.

³⁷⁷ Espeland Ansgar, Anders Baerheim (2003) "Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers—a qualitative study" *BMC Health Services Research*, Vol. 3, n° 1, p. 8.

³⁷⁸ Fishbein Martin, Ajzen Icek (1975) "[Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to the Theory and Research](#)" Reading, MA: Addison-Wesley. L'ouvrage est disponible sur le site Internet d'Ajzen.

Dans la théorie de l'action planifiée (TAP), Ajzen considère que les individus n'ont qu'un contrôle partiel sur les comportements, c'est-à-dire qu'il existe des contraintes externes influant sur l'adoption d'un comportement donné. Il intègre une troisième variable : la perception d'un contrôle sur le comportement (*perceived behavior control*), en lien avec la facilité ou la difficulté d'avoir un comportement donné. Cette troisième variable dépend elle-même des croyances par rapport au contrôle du comportement (la perception de facteurs facilitant ou contrariant la réalisation d'un comportement donné) et de l'aisance perçue (la facilité avec laquelle un individu envisage la réalisation de ce comportement). Ce contrôle perçu peut agir, au même titre que l'attitude et la norme subjective, sur l'intention ou directement sur le comportement lorsque celui-ci n'est pas sous le contrôle volontaire de l'individu (influence du « champ organisationnel »).

6.4.3.2 TCI et Triandis

La santé étant caractérisée par des relations interpersonnelles importantes, verbales, non-verbales ou écrites, la théorie des comportements interpersonnels (TCI ou theory of interpersonal behavior - TIB) de Triandis (1980) peut aussi apporter un éclairage complémentaire. Ce modèle, qui inclut les théories TAP et TAR, comprend quatre déterminants directs que Triandis développe dans ce qu'il appelle « The Self », ce que fait une personne, de façon ouverte ou cachée, en relation avec les mots « I, Me, Mine and Myself », l'intention, l'habitude (dans la mise en œuvre du comportement ou les automatismes dans une situation donnée), les facteurs externes facilitant ou inhibant le comportement et l'identité personnelle. *“This broad definition indicates that all aspects of social motivation are linked to the self. Attitudes (e.g. I like X), beliefs (e.g. I think that X results in Y), intentions (e.g. I plan to do X), norms (e.g. in my group, people should act this way), roles (e.g. in my family, fathers act this way), and values (e.g. I think equality is very important) are aspects of the self. The statements that people make, that constitute the self, have implications for the way people sample information (sampling information that is self-relevant more frequently than information that is not self-relevant), the way they process information (sampling more quickly information that is self-relevant than information that is not self-relevant), and the way they assess information (assessing more positively information that supports their current self-structure than information that challenges their self-structure).”*

L'intention (comportementale) dépend elle-même de quatre déterminants : les facteurs sociaux (*Cultural patterns*), les conséquences perçues (dimension cognitive de l'attitude) l'affect (sa dimension affective) et les croyances normatives personnelles (obligation ou principes moraux). Triandis met aussi l'accent sur la distinction entre ce qu'il nomme *“the private self-cognitions that involve traits, states, or behaviors of the person, the public self-cognitions concerning the generalized other's view of the self, and the collective self-cognitions concerning a view of the self that is found in some collective (e.g. family, coworkers, tribe, scientific society)... The private self is an assessment of the self by the self. The public self corresponds to an assessment of the self by the generalized other. The collective self corresponds to an assessment of the self by a specific reference group.”* (p. 507.) Il introduit deux éléments complémentaires dans « l'échantillonnage décisionnel » : l'univers des possibles à évaluer, simple ou complexe, dépendant du nombre d'éléments, de leur différenciation et de leur intégration possible, et la probabilité du choix d'un élément dans cet univers. Cet univers s'applique bien entendu au *private, public* et *collective self*.

À notre connaissance, dans la santé, ce modèle a principalement été utilisé au Canada (Lapointe, 1999³⁷⁹ dans l'étude de l'adoption des systèmes d'information cliniques, et

³⁷⁹ Lapointe Liette (1999) « L'adoption de Systèmes d'Information Cliniques par les Médecins et les Infirmières : Une étude des Variables individuelles, Socio-politiques et Organisationnelles », Thèse présentée à l'École des HEC en vue de l'obtention du Grade en Philosophiae Doctor en Administration, Université de Montréal.

Gagnon [2003³⁸⁰] dans son étude de l'adoption de la télémédecine). Pour Lapointe, « *La raison principale du choix de ce modèle tient dans la richesse des variables explicatives retenues. En effet, comme notre étude mise sur une compréhension globale du phénomène de l'adoption, la richesse des données recueillies dans le cadre des études de cas peut ainsi être exploitée de façon plus avantageuse. L'utilisation de ce modèle permet également de fournir un portrait plus complet et plus précis de la réalité des comportements d'adoption... ce modèle, quoique semblable au modèle d'Ajzen et Fishbein précise de façon plus pointue les variables retenues (Ndr. la perception du rôle social et l'image personnelle de l'individu, The Self) pour prédire le comportement* » (p. 22). Elle démontre dans sa recherche que les habitudes, les attitudes, les facteurs sociaux, et les conditions reliées à l'organisation, à l'environnement et au système d'information sont fortement associés au comportement d'adoption de la technologie par les médecins et les infirmières. Néanmoins, si les habitudes viennent affecter l'adoption, celle-ci vient, par rétroaction, modifier les habitudes. Si la résistance au changement limite l'utilisation, les habitudes changent peu et limitent l'adoption, l'inverse est vrai aussi.

Il existe par ailleurs une synthèse assez complète des modèles de changement sur le site Internet du service gouvernemental de la recherche sociale anglais (2008³⁸¹).

6.4.3.3 Quelques limites

Comme nous pouvons le constater au travers de cette approche, allant de la perception individuelle aux comportements ancrés dans les habitudes, en passant par ce que nous appellerons la rhétorique du déterminisme technologique, les TIC et les pratiques associées, qui recouvrent non seulement l'emploi des techniques (l'usage), mais aussi les comportements, les attitudes et les représentations des individus, et qui se rapportent directement ou indirectement à l'outil, indépendamment de sa forme, sont liées aux comportements à la fois individuels, mais aussi à ceux d'un groupe en fonction de ses propres représentations. Comme nous l'avons précisé précédemment, nous entendons les outils techniques comme étant englobés dans une technologie, au sens de Schöffler, ou de technique vue comme un système au sens de Jacques Ellul, qui considère que « *ce n'est pas la technique qui nous asservit, mais le sacré transféré à la technique* ». TIC, ou TICN aujourd'hui renvoient donc à une dimension à la fois technique, technologique et sociologique. Dans son acceptation la plus large, c'est à la fois le système et l'outil. Il semble nécessaire d'aller au-delà des approches sociotechniques.

Dans la majorité des cas, les fondements théoriques décrits précédemment s'appliquent à des modèles individuels ou à des groupes ciblés, avec, pour les critiques, une perspective libérale dans laquelle la société serait définie comme un lieu où chacun a toujours la liberté de choisir ce qu'il lui convient. Comme nous le verrons dans l'approche historique de la santé, cette remarque est loin d'être neutre, que ce soit pour les patients, comme pour les professionnels de santé, « toutes tendances confondues ».

Qu'en est-il pour les groupes, notamment, lorsqu'ils évoluent dans un « même système », groupes *a priori* homogènes dans la terminologie d'usage (les médecins, les soignants, les professionnels de santé), mais fortement hétérogène dans ses pratiques (exercice isolé ou en groupe, spécialités et sous-spécialités multiples), son environnement socioprofessionnel (libéral ou salarié, du public ou du privé), etc. voire ses valeurs ?

³⁸⁰ Gagnon Marie-Pierre (2003) « Déterminants psychosociaux et organisationnels de l'adoption des technologies de télémédecine dans le réseau québécois de télésanté élargi », thèse présentée à l'Université de Laval en vue de l'obtention du Grade de Philosophiae Doctor en santé communautaire (RQTE)

³⁸¹ Darnton Andrew (2008) "Reference Report: An overview of behaviour change models and their uses" GSR Behaviour Change Knowledge Review

6.4.3.4 D'autres modèles complémentaires

Il existe alors d'autres modèles mobilisables, qui intéressent les phénomènes qui sont difficilement explicables à ce niveau. S'intéresser aux groupes, comme l'a proposé Robertson en 1988³⁸², permet d'aborder le phénomène sous un angle d'analyse différent, voire d'infirmer parfois les conclusions tirées de l'application d'un modèle individuel seul. Selon une approche rationnelle, l'appropriation devrait suivre un processus normalisé (lois, règlements, normes...) favorisant une appropriation et une mise en pratique « instantanées ». Si l'appropriation se fait peu à peu, il est alors nécessaire d'intégrer deux autres dimensions, la diachronie (les écarts entre les temps de conception, de production et de consommation des innovations, avec une approche historique de celles-ci) et l'environnement (le lien entre le déterminisme technologique et les pratiques sociales). C'est ce qu'avaient commencé, semble-t-il, Vedel et Vitalis (1994) dans un programme de recherche sur la sociopolitique des usages, programme qui ne semble pas avoir été poursuivi. Leur approche se proposait de fournir un cadre d'analyse permettant d'appréhender à la fois les processus d'innovation et l'usage dans une même analyse selon deux niveaux : une réflexion de niveau macrosociologique sur les stratégies d'offre et une analyse microsociologique sur les usages (au sens de pratiques). Vedel situe son analyse « *des usages des technologies dans la société* » au croisement de quatre logiques : une logique technique et une logique sociale, qui s'articulent selon une certaine « *configuration sociotechnique* », et une logique d'offre et une logique d'usage, dont les interactions sont analysées sur le plan des représentations (Vedel, 1994³⁸³, p.28). Elles renvoient à la dimension politique de l'interaction et à sa dimension symbolique, c'est-à-dire aux représentations des usagers qui relèvent de l'expression politique d'intérêts, et à celles qui correspondent à la représentation mentale, cognitive. Le croisement de ces quatre logiques spécifie des « rapports d'usage » propres à un système technologique donné, qui définissent à la fois un rapport à l'objet technique et un rapport social entre les différents acteurs.

Grover (1993³⁸⁴) souhaite aborder, avec son modèle empirique, les facteurs facilitant l'adoption d'un système d'information inter-organisationnel (IOS³⁸⁵). Il se propose d'utiliser, comme d'autres auteurs depuis, la théorie institutionnelle pour analyser les phénomènes relatifs aux systèmes d'information. Dans son contexte (systèmes inter-organisationnels pour les clients), outre les facteurs individuels, six grandes catégories de facteurs (p. 609) et leurs composantes associées influent sur la décision d'adopter ou de rejeter (une innovation ou un système) :

- Les facteurs organisationnels, généraux (centralisation, décentralisation...) et relatifs au système d'information (stratégie, implémentation, infrastructures) ;
- Les facteurs politiques, en lien avec l'environnement et les risques (Markus, 1983) ;
- Les facteurs environnementaux liés aux fournisseurs (industry), dont ceux de l'IT, et aux clients ;
- Les facteurs de soutien, avec la motivation interne des utilisateurs, mais aussi le soutien décisionnel et managérial ;

³⁸² Robertson David C. (1988) "Social determinants of information system use" *Journal of Management Information Systems*, Vol. 5, n° 4

³⁸³ Vedel Thierry (1994) « *Sociologie des innovations technologiques des usagers : introduction à une sociopolitique des usages.* », In : *Médias et nouvelles technologies. Pour une sociopolitique des usages*, Édition Apogée, p. 13-43

³⁸⁴ Grover Varun (1993) "An Empirically Derived Model for the Adoption of Customer-based Interorganizational Systems" *Decision sciences*, vol. 24, n° 3, pp. 603-640

³⁸⁵ Il le qualifie comme un système d'information automatisé partagé par deux ou plusieurs sociétés. Construit autour des technologies de l'information, c.-à-d. des ordinateurs et des technologies de la communication, il facilite la création, le stockage, la transformation et la transmission d'informations. À la différence des systèmes internes d'information distribuée, l'IOS permet aux informations de circuler au-delà des frontières organisationnelles.

- Les facteurs liés aux échanges inter-organisationnels, compatibilité, avantage relatif, complexité, ces derniers facteurs ayant l'influence la plus forte.

Cependant, dans cette approche et ses dérivés, la part du système d'information et surtout des technologies reste prépondérante. D'autre part, c'est aussi l'offre (solutions technologiques) et l'existant (capacité d'intégration) qui limitent les usages et la demande. La logique inter-organisationnelle semble peu abordée, pour ce qui concerne les contraintes externes (obligations) ou l'hétérogénéité des groupes mis en relation. De plus, la mise en œuvre de systèmes plus intégrés, voire transversaux comme les ERP ont plusieurs incidences : « le recentrage » sur les métiers, par l'entremise des applications et des profils proposés, introduit des « conflits » dans les répartitions des tâches et des rôles qui s'étaient « mises en place de façon naturelle », mettant au jour des « débordements de rôles » vus sous l'axe « hiérarchique », vertical. En « élucidant » les « vrais » rôles et les « délégations implicites » de responsabilités, il s'en suit des repositionnements voire des revendications liées soit au souhait de l'abandon « officiel » de certaines tâches, soit à l'appropriation « officielle » de ces tâches et de la « reconnaissance » qui va avec. Sous « l'axe horizontal », les frontières entre les activités tendent à bouger, l'amont empiétant sur l'aval ou l'inverse. Il est ainsi possible de s'interroger sur des notions comme l'engorgement aux urgences alors qu'elles sont un point de passage obligé pour tout ce qui n'est pas accueil programmé, voire pour l'accueil programmé dans certains cas.

Enfin, en étendant l'approche, non plus aux systèmes techniques et leur adoption, mais à la communication entre les organisations, mobilisant ou non des systèmes techniques, s'agissant du système de santé il nous a semblé utile de regarder comment celui-ci s'organise, se structure et comment cette structuration influence les comportements des professionnels concernés. Ou, pour reprendre la question soulevée par Mignerat et Rivard (2005³⁸⁶), « comment les institutions influencent-elles la conception, l'utilisation, et les conséquences de technologies, soit à l'intérieur ou à travers les organisations ? »

6.4.3.5 Institutions et néo-institutionnalisme

Selon la théorie institutionnelle, une institution (voir aussi « institution », page 19) désigne un ensemble de règles, de normes et de valeurs, reconnues légitimes et structurant les groupes sociaux. Thuderoz (2010³⁸⁷) précise que, « *tenues pour garantes de l'ordre social, assimilées aux valeurs intégratrices de la société, elles suggèrent l'idée d'une domination et d'une contrainte sociale* ». Vu autrement, les organisations sont « prises » dans un enchevêtrement de valeurs, de normes ou de croyances qui guident et contraignent leurs actions dans le temps et l'espace. Ces valeurs, normes et croyances découlent de l'existence d'institutions, structures sociales donnant aux individus et aux organisations des lignes d'action et des orientations, tout en les contrôlant.

Friedberg (1997³⁸⁸) considère que la « redécouverte » comme dans les travaux anglo-saxons, du rôle des institutions comme variable indépendante en sociologie et en sciences politiques, semble confuse et multiforme, tant les axes des projets intellectuels sous-jacents semblent divers, voire hétérogènes. Et de préciser l'usage du mot institution dans la littérature concernée.

« Dans son acception la plus abstraite ou si l'on préfère la plus immatérielle et la plus "intangibile", le mot renvoie à un univers symbolique partagé, à un ensemble de croyances, de

³⁸⁶ Mignerat M., Rivard S. (2005) "Positioning the institutional perspective in information technology research" Cahier de recherche, Vol. 5, n° 1

³⁸⁷ Thuderoz Christian (2010) « Sociologie des entreprises. Troisième édition », La Découverte

³⁸⁸ Friedberg Erhard (1998) « En lisant Hall et Taylor : néo-institutionnalisme et ordres locaux », Revue française de science politique, Vol. 48, n° 3, p. 507-514

normes, de conventions, de règles et de routines qui font partie de l'évidence du monde et de l'interaction sociale, fondent son sens et finissent par structurer les comportements, à la limite (mais ce point déjà se discute) à l'insu des individus. À un niveau intermédiaire, mais déjà plus concret, parce qu'au moins partiellement écrit et matérialisé, ce mot désigne des institutions sociales fondamentales d'une société comme la famille, la religion, un régime de lignage ou de propriété, le droit oral et écrit, la Constitution, etc. Enfin, sur le plan le plus concret, on désigne ainsi la présidence de la République, la justice, l'armée, le Parlement, le système de relations professionnelles, une profession, le système carcéral, etc., c'est-à-dire en dernière analyse quelque chose qui correspond à une organisation ou à un ensemble inter-organisationnel complexe, mais empiriquement délimitable et étudiable. »

Cela sous-entend que, outre notre découpage en 3 niveaux, il nous est nécessaire de bien préciser le champ dans lequel nous nous situons et l'acceptation que nous retenons.

Scott (2013³⁸⁹), dans son ouvrage d'une grande richesse offrant des lectures multiples de la notion d'institution, nous propose une première définition qu'il qualifie lui-même d'*omnibus* : « *Institutions comprise regulative, normative and cultural-cognitive elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life.* » (p. 56.) Au travers de cette définition *dense (sic)*, ce sont donc des structures sociales durables, multifacettes, créées à partir d'éléments symboliques (les règles, les normes et les croyances socioculturelles « intériorisées »), d'activités sociales et de ressources matérielles. Elles sont aussi résistantes aux changements, en relation avec la définition de Giddens (théorie de la structuration), et peuvent se transmettre entre les générations, en se maintenant et se reproduisant.

Les institutions ne doivent pas être caractérisées uniquement par leurs propriétés. Elles doivent aussi être abordées comme un processus lent et persistant, y compris ceux d'institutionnalisation (organisation autour des attentes sociales, culturelles, juridiques et politiques : les pressions institutionnelles) ou de désinstitutionnalisation (organisation autour de l'efficacité et de l'efficience de la production et l'échange de biens et de services : les pressions concurrentielles).

³⁸⁹ Scott R. Richard (2013) "Institutions and Organizations: Ideas, Interests, and Identities" SAGE Publications Inc., 4th revised edition.

Les trois piliers

Scott (Ibid.) synthétise 3 systèmes, qu'il nomme les piliers des institutions, la régulation, la normalisation, les éléments symboliques, culturels et cognitifs (*cultural-cognitive*), leurs principales dimensions et leurs caractéristiques dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Les 3 piliers des institutions

| Les 3 piliers Les caractéristiques | Régulateur | Normatif | Culturel-Cognitif |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Base du respect | Convenance | Obligations sociales | Faits tenus pour acquis, compréhension commune |
| Base de l'ordre | Règles de régulation | Exigences obligatoires, attentes engageantes | Schémas constitutifs |
| Mécanismes – Processus | Coercitif | Normatif | Mimétique |
| Logique | Instrumentale | Appropriation | Orthodoxie (doctrine, conformisme) |
| Indicateurs | Règles, lois, sanctions | Certification, Accréditation | Croyances communes, logiques d'action partagées |
| Affect | Crainte – culpabilité vs innocence | Honneur vs honte | Certitude vs confusion |
| Base de légitimité | Légale | Moralité | Compréhension reconnaissable et culturellement supportée |

Source : Scott (2013), tableau 3.1, p. 60

Et les vecteurs institutionnels

Les institutions utilisent différents vecteurs (*carriers*) et se déploient grâce à des médias multiples. Ces vecteurs institutionnels varient selon les processus utilisés pour transmettre leurs messages. De plus, les institutions agissent à des niveaux multiples, des interactions interpersonnelles au niveau le plus global.

Tableau 5 : Les 4 vecteurs institutionnels

| Les 4 vecteurs institutionnels | Régulateur | Normatif | Culturel-Cognitif |
|--------------------------------|--|---|--|
| Systèmes symboliques | Règles et lois | Valeurs, attentes | Catégories, typologies, schémas types |
| Systèmes relationnels | Gouvernance, pouvoir | Régimes, autorité | Identités, isomorphisme structural |
| Routines | Protocoles, procédures opérationnelles, standard et normes | Emploi, rôles, soumission au travail | Scripts |
| Artefacts | Objets respectant les spécifications autorisées | Objets conformes aux conventions et standards | Objets possédant une valeur symbolique |

Source : Scott (2013), tableau 4.1, p. 80

Cette représentation des vecteurs permet d'en appréhender la transversalité et de montrer leur influence à tous les niveaux. Ces vecteurs peuvent être utilisés pour porter les éléments régulateurs, normatifs et culturels-cognitifs, ou leurs différentes combinaisons. Ainsi, il peut y avoir d'importantes variantes entre ce qui est diffusé et les mécanismes de diffusions (les médias). Par exemple, les systèmes symboliques peuvent être utilisés pour véhiculer de l'information à propos des règles, construire un cadre de régulation, fournir des instructions concernant les normes et les valeurs, transporter un ordre normatif, des schémas de représentation mentale ou des modèles, le tout constituant un cadre culturel-cognitif.

Note : Les systèmes relationnels concernent les relations interpersonnelles et inter-organisationnelles.

L'apparition de standards et leur officialisation (standardisation, normalisation) sont un exemple de l'expansion de vecteurs normatifs et culturels. Ce qui ne signifie pas pour autant leur adoption. Scott considère les artefacts comme des outils créés par le « génie humain » pour l'assister dans ses différentes tâches. Ils sont des vecteurs institutionnels, révélateurs de conformités dans les spécifications régulatrices, les normes et les conventions ou les valeurs symboliques. Le développement du plan comptable en France et des outils de gestion associés en est un exemple, tout comme l'adoption des normes internationales de présentation des comptes financiers.

Dans son article de 2003³⁹⁰, Scott propose différents exemples d'études illustratives et propose cinq questions clés à aborder pour analyser et évaluer ces vecteurs institutionnels :

- Quels sont les vecteurs associés à chacun des éléments institutionnels ?
- Quelles sont les combinaisons les plus fréquentes de vecteurs ?
- Quels sont les rôles des relais intermédiaires d'information pour chacun de ces vecteurs ?
- Quels sont les arguments de causalité (de relation cause à effet) associés à chacun de ces vecteurs ?
- Comment les vecteurs employés pour la transmission des éléments institutionnels sont-ils reçus et interprétés ?

Elles permettent d'aborder un environnement par approches multiples pour mieux comprendre les enjeux et cet environnement.

Les trois piliers constituent la base de légitimité pour l'institution, ce dont elle a besoin pour être reconnue dans un système social. En ce sens, une institution qui se conforme aux règles établies (pilier régulateur) est légitime. D'un autre côté, les normes existant dans une institution lui donnent de la dignité et de la crédibilité (moralité) vis-à-vis d'un système (pilier normatif). Enfin, le fait d'agir selon ce que l'on tient pour acquis dans une société donne aussi de la légitimité (pilier culturel-cognitif). Il est par ailleurs possible de rapprocher le processus de sanction décrit par Scott de celui de Foucault dans sa définition du « pouvoir capillaire » et de ses trois mécanismes fondamentaux de la surveillance : la discipline, la sanction normalisatrice et l'examen. Notons que la sanction doit être vue comme positive (récompense) ou négative (punition). Cette approche fournit un éclairage intéressant sur les difficultés rencontrées pour mettre en place un système d'évaluation devant remplacer la notation dans la fonction publique hospitalière. Nous avons évoqué ce sujet lors de notre travail préparatoire. L'analyse des argumentaires à l'aune des cinq questions précédentes est riche d'enseignements. Elle met aussi au jour d'autres tendances qui peuvent expliquer d'autres « réticences aux changements ».

À propos d'artefact

Les artefacts embarquent de plus en plus de technologies, logiciel et matériels, elles sont de plus en plus complexes. Par exemple, Orlikowski (1992³⁹¹) propose que les artefacts soient examinés à l'aide de la théorie de la structuration, ce qui pourrait montrer que ces objets ne deviennent réifiés en éléments de la réalité qu'une fois développés, déployés et utilisés. Néanmoins, le temps et l'espace (déploiement et utilisation) ne facilitent pas toujours les analyses sur le cycle complet (de la conception à la destruction) lié à ces objets. Ainsi, en reprenant le schéma de Flichy, le passage de l'objet-valise à un objet-frontière réifié dans la réalité, surtout s'il est porté par une institution, risque d'induire un temps fort long et de

³⁹⁰ Scott Richard W. (2003) "Institutional carriers: reviewing modes of transporting ideas over time and space and considering their consequences" *Industrial and Corporate Change*, Vol. 12, n° 4, pp. 879-894

³⁹¹ Orlikowski (1992). *Op. cit.*

fait, une acceptation/utilisation toute relative. Si, comme le souligne Vitalis (1994, p. 38³⁹²) « Pour faire apparaître tous les enjeux et notamment les enjeux socio-politiques, il convient de situer l'usage au carrefour de trois logiques principales : une logique technique qui définit le champ des possibles, une logique économique qui détermine le champ des utilisations rentables et une logique sociale qui détermine la position particulière de l'utilisateur avec ses besoins et ses désirs. Chaque logique a ses moyens d'expression et c'est leur interaction qui va donner vie aux usages observés dans la pratique », le schéma de Flichy renvoie aussi à la réflexion de Chambat (1994) : « L'objet technique est appréhendé comme une suite de compromis entre différents acteurs sociaux porteurs d'un projet social inscrit dans leurs propositions techniques ».

Aborder les 3 piliers simultanément.

Le plus souvent, ces trois piliers sont étudiés plus ou moins séparément, la régulation par les sciences politiques, l'économie et le droit, les normes pour partie par la gestion, les éléments symboliques par la sociologie ou les théories des organisations. Les travaux combinant les trois piliers restent relativement rares ou complexes à mettre en œuvre³⁹³. Dans la santé, Caronna (2004) analyse l'alignement des trois mécanismes sur le système de santé américain sur 3 périodes différentes : 1945-1965 (l'ère de la domination professionnelle), 1966-1982 (l'ère de l'intervention fédérale), 1983-2004 (l'ère du contrôle managérial et des mécanismes du marché). Elle montre que le désalignement entre des 3 mécanismes, débutant dans les années 1970 et se poursuivant dans les années 1980, a conduit à une insatisfaction « globale » vis-à-vis du « managed care », tant des fournisseurs de soins que des patients. Elle suggère qu'une nouvelle ère débute au XXI^e siècle avec un nouvel alignement entre des mécanismes (concurrence entre les modèles, HMO, PPO, EPO et POS). Les nouvelles professions apparaissant sur le marché (infirmières cliniques, médecins-assistants...) vont entraîner une nouvelle compétition entre les professionnels de santé, principalement dans les soins primaires.

Plus récemment, MacFarlane *et al.* (2013) appliquent la même démarche en Angleterre, autour de l'évolution du NHS en s'intéressant aux transitions entre les ères de Caronna à un niveau méso, alors que le plus souvent les approches des 3 piliers néo-institutionnalistes portent sur le niveau macro.

Dans leur environnement de recherche, ils notent alors que les principaux changements induits par le programme ambitieux de modernisation du système de santé anglais sont le passage du « paternalisme » vers le « centré patient », des interventions fragmentées vers la mise en place de parcours complets supervisés et de l'évolution de contrôles épisodiques vers une démarche d'amélioration continue de la qualité. Ils constatent que si les piliers institutionnels varient peu, ce sont avant tout les « forces normatives et mimétiques » qui peuvent avoir un effet extrêmement puissant dans le changement. Elles peuvent en outre être mobilisées par des « méthodes douces » comme les éléments de langage ou le storytelling.

³⁹² Vitalis André (1994) « La part de citoyenneté dans les usages », in : *Médias et nouvelles technologies. Pour une sociopolitique des usages*, Vitalis André (sous la direction de), Rennes : Éditions Apogée, pages 35-44

³⁹³ Il existe différents travaux concernant les investissements directs à l'étranger, par exemple en Amérique latine, mettant en évidence le processus d'institutionnalisation en s'appuyant sur ces 3 piliers. Voir par exemple Trevino Len J., Thomas Douglas E., Cullen John (2008) "The three pillars of institutional theory and FDI in Latin America: An institutionalization process" *International Business Review*, Vol. 17, n° 1, pp. 118-133.

Institutions et légitimité

Scott (2013, Op. cit.) précise que la légitimité des institutions, leur légalisation (l'élaboration, la formalisation du système de règles et sa légitimation) est un continuum dont les valeurs varient selon trois dimensions :

- L'étendue des **Obligations** auxquelles les acteurs sont tenus d'obéir parce que leur comportement est soumis au contrôle de parties externes ;
- La **Précision** et l'étendue des règles qui précisent de façon non ambiguë les comportements requis ;
- La **Délégation** à des parties tierces de l'autorité pour faire appliquer ces règles et résoudre les conflits.

Si l'on prend comme exemple l'organisation du système de santé en France et les lois afférentes, les obligations sont définies par les lois et les différents codes mobilisés, la précision et l'étendue des règles le sont par les différentes parties réglementaires de ces mêmes lois et les décrets d'application, mais aussi par les circulaires et directives émanant de la DGOS par exemple, la délégation est donnée à différents opérateurs, nationaux, régionaux, départementaux ou locaux. Compte tenu du cloisonnement entre les différents secteurs et au vu de l'organisation du système de santé, l'évaluation des cinq questions proposées par Scott ci-dessus risque de prendre un temps certain.

Scott propose de distinguer les systèmes réglementaires, qui appliquent les 3 dimensions précédentes à un niveau élevé (une règle est imposée et sanctionnée par un système coercitif), des systèmes normatifs, dont le niveau d'application est plus faible. Dans ces derniers, l'accent est mis ici sur les règles qui induisent une dimension obligatoire, normative (contraignante) et évaluative dans la vie sociale. Cette autorité morale, de normes et de valeurs partagées par un groupe social, a un effet prescriptif. Si ce pilier peut s'appliquer à tous au sein d'une société, certaines règles, normes et valeurs varient en fonction des acteurs, de leurs positions ou des situations, ce que Scott nomme les rôles, que l'on retrouve dans certaines professions, plus particulièrement si elles sont associées à un ordre, un corps constitué ou un corps intermédiaire. Ces rôles constituent en quelque sorte un système de légitimité dans et pour le groupe, le système d'évaluation mis en place permettant de juger et d'être jugé par les membres de ce groupe.

Il en existe plusieurs exemples dans l'histoire ancienne, comme le montre Greif (2006³⁹⁴) dans son étude sur les institutions économiques européennes et du Maghreb au Moyen-âge. La constitution de coalitions de marchands permettant le développement du commerce sur de longues distances, le développement des échanges reposera alors sur un système de réputation et de sanctions multilatérales en cas de « conflit avéré », avec la mise à l'écart du marchand indélicat (système d'autorégulation). Cette approche historique permet aussi d'expliquer les différences dans les trajectoires institutionnelles entre les économies.

Au regard de l'évolution du système de santé français depuis une quarantaine d'années, ces différents principes de régulations semblent s'appliquer avec une certaine acuité. Il semble que l'on y retrouve aussi, pour partie, certaines analyses de Max Weber autour de l'autorité (ou de la domination) et de la bureaucratie.

³⁹⁴ Greif Avner (2006) "Institutions and the Path to the Modern Economy" Cambridge University Press, Cambridge; cité par Hédoïn Cyril (2011) « [Institutionnalisme en économie](#) », in : V. Bourdeau et R. Merrill (dir.), *DicoPo, Dictionnaire de théorie politique*.

6.4.4 La théorie néo-institutionnelle

La théorie néo-institutionnelle, s'inspirant de la psychologie sociale, des théories cognitives, de la phénoménologie et de l'ethnométhodologie, introduit la dimension culturelle et cognitive dans les modèles. Par rapport aux modèles normatifs de stimulus - réponse, elle introduit « l'organisme » qui interprète le stimulus avant de répondre. D'autre part, l'importance des croyances et les connaissances partagées au détriment des normes et valeurs sont prises en compte. Enfin, la culture n'est pas une et entière, mais elle varie en fonction des individus. On retrouve ici une certaine influence ou similarité avec les travaux de Vygotski et Leontiev sur l'apprentissage (voir aussi le chapitre 6.7.12 : Processus et théorie de l'activité, page 222.) Ainsi, le processus de construction des systèmes culturels de croyances et de connaissances communes se déroule en 3 phases :

- L'Externalisation, qui correspond à la production par les interactions sociales de structures symboliques dont le sens vient à être partagé par les participants ;
- L'Objectification, par laquelle cette production apparaît comme un phénomène externe perçu comme une réalité commune à l'individu et à son groupe d'appartenance ;
- L'Internalisation, qui fait que le monde objectivé est replacé dans le conscient au cours de la socialisation.

La prise en considération de ces éléments symboliques (*culturels-cognitifs*) est la principale caractéristique distinctive de l'approche néo-institutionnelle sociologique³⁹⁵ dans les études d'organisation. Dans les premiers modèles institutionnels, deux approches sont plus ou moins préexistantes :

- Le fonctionnalisme structurel, dans lequel une institution est à la fois un concept qui renseigne sur l'objet ou la fonction de l'institution, et la structure qui donne corps au concept en lui fournissant toutes les instrumentalités nécessaires à sa mise en œuvre ;
- L'interactionnisme symbolique dans lequel la cognition est au centre de l'interactionnisme (Mead et Shultz), en donnant un sens commun aux phénomènes sociaux, aux concepts du « moi » et de « l'autre » que Shultz étendra aux « Nous » et « Ils ». Sur le principe, ce courant s'intéresse à la contribution de la connaissance dans la construction sociale de la réalité. La réalité sociale serait alors un processus continu de construction humaine, produit de l'interaction sociale, dans lequel le « soi » et la culture (croyances et connaissances communes) sont eux-mêmes en construction et en enrichissement mutuel permanent. Enfin, cette réalité sociale est aussi le résultat d'un processus d'institutionnalisation.

Le modèle des piliers de Scott bénéficie de plusieurs apports, donc ceux de :

- Philip Selznick et ses travaux sur la sociologie du droit, la théorie des organisations et les administrations publiques, dont le modèle d'institutionnalisation des organisations par leur légitimation : les organisations s'adaptent non seulement aux luttes de leurs groupes internes, mais aussi aux valeurs de la société « externe » ;
- Paul DiMaggio et Walter Powell qui, à partir de ces constats, estiment que les organisations ne sont pas uniquement en concurrence pour les ressources et les

³⁹⁵ Hall et Taylor (1997) rappellent qu'il règne « la plus grande confusion règne concernant le sens précis du terme " néo-institutionnalisme " , les différences qui le distinguent d'autres démarches, et le genre d'espoirs et de problèmes qu'il fait naître ». Ils se proposent alors de distinguer trois grands courants de pensée : l'institutionnalisme historique (IH), l'institutionnalisme des choix rationnels (ICR) et l'institutionnalisme sociologique (IS). Hall Peter A., Taylor Rosemary C. R. (1997) « [La science politique et les trois néo-institutionnalisés](#) », *Revue française de science politique*, Vol. 47, n° 3, p. 469-496

clients, mais aussi pour le pouvoir politique et la légitimité institutionnelle, pour la recherche l'adéquation tant économique (compétition) que sociale (institutionnalisation). Dit autrement, cet environnement peut poser des exigences aux organisations de deux façons différentes : en premier lieu par des exigences (contraintes) techniques, économiques et physiques qui demandent aux organisations de produire et échanger des biens et des services sur un marché ou un quasi-marché donné. En second lieu, par ses demandes sociales, culturelles, juridiques ou politiques, il impose aux organisations de jouer un rôle particulier dans la société. Dans le premier cas (compétition), ce sont les organisations les plus efficaces et les plus efficientes, dans leur production de biens et de services, qui en tirent bénéfice. Dans le second (institutionnalisation), ce sont celles en conformité avec les règles, valeurs et croyances. Pour Scott, l'institutionnalisation est le « *processus par lequel certaines actions sont répétées, et se voient par ce fait, attribuer une signification similaire par soi-même et les autres* ». Ce processus s'enracine donc dans la répétition des actions et le partage de certaines conceptions de la réalité.

Ces pressions, cet isomorphisme institutionnel, s'exercent par l'intermédiaire de 3 mécanismes ou processus importants – coercitif, normatif et mimétique – grâce auxquels les effets institutionnels se diffusent dans un champ organisationnel donné. Ce champ semble être un niveau d'analyse pertinent pour l'étude de ces processus. Il se définit comme étant la même « aire » de la vie institutionnelle, il est caractérisé par une relative homogénéité en matière de ressource, clients et fournisseurs, agences de régulation, organisations produisant des biens et des services similaires... ou, plus généralement, de l'écosystème dans lequel s'établissent les relations entre acteurs, la reconnaissance mutuelle de leur interdépendance et par le partage d'une même conception de l'action légitime, du rôle et de la place de chacune de ces organisations.

Cet environnement est un espace régi par des règles, des codes de bonne conduite, des normes professionnelles... En choisissant ses partenaires, en identifiant ses adversaires, en décidant de suivre des règles déjà établies ou, au contraire, de les transgresser, les organisations construisent progressivement leur environnement, elles l'institutionnalisent. Vu sous un autre angle, c'est l'environnement spécifique dans lequel une organisation doit acquérir, réparer ou entretenir sa légitimité. La notion d'isomorphisme traduit celle de similarité, d'homogénéité.

D'autres travaux sur les modèles d'organisation ont contribué à ce modèle, dont, de façon incomplète, ceux autour de l'approche de la décision (et de la rationalité limitée) dans les organisations d'Herbert Simon puis d'Herbert Simon et de James March, de la bureaucratie et ses dysfonctionnements de Robert Merton, de la société et des organisations comme un système social de Talcott Parsons puis avec son développement de la théorie de l'action (le modèle AGIL ou le fonctionnalisme systémique de l'action), du modèle d'institutionnalisation des organisations par leur légitimation de Philip Selznick ou de l'efficacité de la déviance de Peter Blau.

Talcott Parsons part de sa théorie de l'action pour tenter de définir le comportement des individus pris dans leur ensemble. Il met en œuvre une approche systémique de l'action sociale (« *Le système social* » en 1951). En utilisant plusieurs dichotomies, il propose des modèles de valeur qui permettent d'appréhender un système d'action : ce sont les variables de configuration :

- Affectivité/Neutralité affective ;
- Orientation vers la collectivité/Orientation vers soi ;
- Universalisme/Particularisme ;

- Qualité/Accomplissement : à évaluer selon la personne ou les performances attendues ou à atteindre ;
- Spécificité/Diffusion : s'intéresser à une partie ou à l'ensemble.

Ces variables permettent d'élucider comment les acteurs arbitrent pour orienter leurs actes. En l'appliquant à la profession médicale, la relation entre le médecin et le patient est fonctionnellement spécifique (spécialisation du médecin), universaliste (scientifique), théoriquement neutre (pas d'affection) et orientée vers la collectivité (l'intérêt n'est pas purement personnel). Pour Parsons, ce type de profession est une traduction de la modernité. Elles découlent d'une grande spécialisation et d'une compétence technique tout en portant des valeurs nouvelles. Pourtant, les pratiques réelles ne correspondent pas toujours réellement à cette vision. On peut considérer que cette vision consacre l'ordre et l'idéologie établis.

Grâce au schéma AGIL (1953), Parsons cherche à établir les fonctions communes à tout système d'action. L'action humaine peut se décomposer en quatre sous-systèmes : l'organisme, la personnalité, le système social et le système culturel. À ces systèmes correspondent des impératifs fonctionnels qui assurent l'efficacité d'un système d'action :

- A : Adaptation au milieu environnant physique et social ;
- G : Goal attainment, c'est-à-dire l'orientation vers la poursuite d'objectifs, ou de buts ;
- I : Intégration des membres dans le système social et sa coordination ;
- L : Latent function, la stabilité latente, ou le maintien de moyens de contrôle par des valeurs.

Dans l'application du schéma AGIL, le système social a plusieurs fondements structurels tels que les valeurs, les normes, la collectivité ou les rôles :

- Les valeurs se retrouvent dans la socialisation ;
- Les normes dans la communauté sociale ;
- La collectivité dans la politique ;
- Les rôles dans l'économie.

Cette approche structuro-fonctionnaliste de la sociologie américaine en général, de Parsons en particulier, est sévèrement critiquée par Charles Wright Mills dans plusieurs ouvrages dont le plus célèbre reste « *L'imagination sociologique* (1959³⁹⁶) ». Il leur reproche leur « *inhibition méthodologique* » en se réfugiant dans la *Méthode* et les études comparatistes à historiques.

Pour Mills, la structure sociale historique est fondamentale pour définir leurs problèmes ou commenter leurs découvertes microsociologiques. Il condamne « *la science sociale des techniques bureaucratiques, qui inhibent la recherche par des prétentions méthodologiques, l'alourdissent de conceptions confuses, la galvaudent sous les problèmes mineurs coupés des enjeux collectifs* » (p. 22 Éd. française de 1997) et donne des conseils aux futurs étudiants... Soyez bon ouvrier (intellectuel), « ... *utilisez au profit de votre travail l'expérience acquise dans la vie, vous devez sans cesse la scruter et l'interpréter...* » (p. 200) Il préconise ainsi que toute recherche doit s'articuler de façon étroite et continue avec la réalité historique, sans séparer l'étude des structures sociales de celle des différents milieux (sociaux) dans laquelle ils s'inscrivent. Avoir un esprit ouvert, tirer parti de toutes les perspectives, matériaux, méthodes... ce que les études sensibles des hommes et de la société offrent permet de ne pas tomber dans une spécialisation par trop arbitraire. En clair, utilisez ce que vous voyez et ce

³⁹⁶ Wright Mills Charles (1959) "The sociological imagination" Oxford University Press. La version française sortira en 1967. Deux autres ouvrages sont particulièrement importants dans la sociologie du pouvoir, « *White collar* » (1951) et « *The power elite* » (1956).

que vous imaginez, comme indices pour l'étude de la diversité humaine. Il est important de préserver son autonomie morale et politique en gardant à distance les questions publiques et les problèmes discutés en chambre que l'on souhaite (vous) imposer. Les problématiques abordées par les sciences sociales, lorsqu'elles sont correctement formulées, doivent inclure à la fois des problèmes et des questions, leur biographie et leur histoire, et la gamme de leurs relations complexes.

Enfin, Mills souligne lui-même que « *Pour sortir de la prose universitaire, il vous faut d'abord quitter la pose universitaire* » (p. 219, p. 222 de l'Éd. française) et de compléter en indiquant qu'au lieu d'étudier la grammaire et les racines du vieil anglais il vaut mieux répondre aux trois questions suivantes « 1) *Quel est le niveau de difficulté et de complexité de mon projet ?* 2) *Lorsque j'écris, quel est le statut auquel je prétends ?* 3) *Pour qui est-ce que je tente d'écrire*³⁹⁷ ? »...

Enfin, Michel Crozier s'intéresse dans un premier temps « phénomène bureaucratique », titre de sa thèse d'État. Il explique que notre système bureaucratique ne correspond pas au modèle Wébérien de la bureaucratie³⁹⁸ qui donnerait les organisations les plus efficaces selon Weber. Crozier met en évidence l'existence, en France, d'un modèle culturel national de la bureaucratie. Les relations de pouvoir apparaissent comme principal élément structurant de l'organisation, bien loin de l'organigramme, reposant sur la maîtrise des « zones d'incertitude », mettant ainsi en évidence le rôle des stratégies d'acteurs dans les dysfonctionnements organisationnels, zones qui ne semblent pas apparaître chez Scott. Au sein du Centre de sociologie des organisations qu'il a créé en 1964, outre le phénomène bureaucratique, il s'intéresse aux problèmes du changement dans les administrations françaises « *L'accélération du rythme de changement ne pose pas seulement des problèmes matériels d'ordre économique et des problèmes moraux d'ordre psychologique, elle met aussi en cause les modes d'organisation, les modèles de rapports humains et le fonctionnement des institutions sociales. Nous n'assistons pas en effet, comme ce fut le cas dans le passé, à une crise temporaire survenant à l'occasion du passage à une nouvelle étape de l'évolution technique et économique, nous entrons dans une période où la crise est destinée à devenir permanente et où la qualité essentielle de toute structure institutionnelle devra être la capacité d'adaptation et de changement.* »

Reprenant les travaux de l'École des Relations humaines et ceux des sociologues américains, il considère que les explications par les motivations affectives semblent insuffisantes. Il propose alors une analyse des pouvoirs que les approches rationalistes (dans la lignée de Taylor et de Fayol) n'avaient pas pris en compte dans leur logique de la chaîne rationnelle du commandement. L'individu (stratégique), acteur dont les objectifs sont influencés par les relations de pouvoir, est au centre de l'analyse stratégique des organisations qu'il développera ultérieurement avec Erhard Friedberg.

³⁹⁷ Wright Mills précise que dans « le monde universitaire (d'aujourd'hui), celui qui écrit des choses que tout le monde peut lire se verra traité de "journaliste" ou de "littéraire"... d'être superficiel parce que lisible... Le prestige ne va pas sans un statut d'homme de science. Être traité de journaliste, c'est perdre dignité et profondeur... Le jargon (scientifique) n'a rien à voir avec la complexité du sujet ou de la pensée... L'art d'écrire consiste à faire coïncider exactement les deux cercles des significations (des mots et idées), celui du rédacteur et celui du lecteur... Jargonner, c'est dire au lecteur "je m'en vais vous dire quelque chose de si compliqué que, si vous voulez comprendre, il faudra apprendre d'abord mon difficile langage. Pour le moment, vous n'êtes qu'un journaliste, un profane, un sous-homme..." » (p. 224)

³⁹⁸ Division du travail pour augmenter l'efficacité. Structure hiérarchique définissant les niveaux d'autorité dans l'organisation, d'acheminement de l'information et le rôle de chacun de ses membres, communication verticale, du haut vers le bas en respectant la hiérarchie. Information écrite, les règles, procédures et notes de service sont écrites pour éviter les erreurs d'interprétation. Mode d'organisation rationnelle fondé sur le droit et les règlements qui doit rompre avec l'arbitraire et « l'à peu près » de monde du travail de l'époque. Weber distingue aussi 3 types de légitimité de l'autorité, traditionnelle (obéissance et respect, droit coutumier), charismatique (communauté émotionnelle autour d'une personne, instable) et rationnelle (fondée sur le droit, les règles formelles et écrites auxquels tous sont soumis), cette dernière devant être privilégiée, car résistante au temps et à l'adversité, notamment en raison de la séparation de la personne et de la fonction.

Les différents isomorphismes nous permettent de structurer les différents points de vue correspondant plus ou moins à l'approche en couches du système de santé qui est, rappelons-le, de la responsabilité de l'État. Mais quels sont-ils ?

6.4.5 À propos des isomorphismes.

L'approche et les descriptions ci-après sont purement analytiques. Elles ne doivent pas masquer les interrelations possibles entre les différents isomorphismes. D'autre part, différentes critiques sont liées à l'application de ce modèle qui masque certaines réalités et qui varie en fonction des niveaux de leur application, macro, méso ou micro. L'objectif de notre recherche n'est pas de les étudier *in extenso*, mais d'utiliser cette approche pour structurer notre champ de réflexion et notre démarche. Les descriptions données ici ou dans les chapitres précédents sont donc par définition incomplètes, aussi parce qu'elles nécessitent la mobilisation de cadres issus d'autres champs disciplinaires.

DiMaggio et Powell (1993, p. 150) identifient trois mécanismes par lesquels le changement institutionnel isomorphe se produit, chacun avec ses propres antécédents :

- 1) l'isomorphisme coercitif qui découle de l'influence politique et des problèmes de légitimité ;
- 2) l'isomorphisme mimétique qui résulte de réponses standard à l'incertitude ; et,
- 3) l'isomorphisme normatif, associé à la professionnalisation.

Le concept d'isomorphisme traduit le fait que des organisations qui évoluent dans un même champ organisationnel ont tendance à se ressembler, développant des « normes » communes de plus en plus complexes et acquérant progressivement des comportements similaires. Cette similitude est à l'origine soit de règles explicites ou de lois qui visent à assurer ce mécanisme de convergence, soit d'activités habituelles qui sont sous-tendues par des normes, des valeurs et des attentes, à caractère culturel, ou par la volonté de ressembler aux autres.

Si l'isomorphisme mimétique peut s'apprécier par le niveau d'incertitude (prise de risques), les isomorphismes coercitifs et normatifs ne peuvent être source d'imitation. Les organisations sont isomorphes parce qu'elles ont tendance à se comporter de façon similaire, homogène, et non pas parce qu'elles copient intentionnellement leurs concurrents. Pour Fligstein (1991), cet isomorphisme mimétique s'explique aussi par le fait que ces organisations sont fortement ancrées dans leur contexte institutionnel (organisations, clients, fournisseurs, organismes publics). Il exerce des pressions sur elles, ce qui conduit un alignement mutuel et une adaptation réciproque.

6.4.5.1 L'isomorphisme coercitif (la pression coercitive)

Il résulte de « *pressions formelles et informelles exercées sur une organisation par les autres organisations dont elle dépend, et des attentes culturelles de la société dans laquelle ces organisations fonctionnent* » (DiMaggio, Op. cit. p. 150). Les pressions coercitives renvoient aux aspects légaux et réglementaires auxquels les organisations doivent se soumettre. L'État et les lois constituent les principales sources de pressions coercitives qui affectent l'ensemble des organisations. L'environnement juridique dans lequel opère l'organisation fait partie aussi de cet isomorphisme. La modification des règles par les instances politiques et législatives exige souvent des changements organisationnels (ou technologiques), le rôle des sanctions positives ou négatives potentielles jouant un rôle clé de motivation ou de contrainte, pour orienter leur respect par les organisations concernées. Ainsi les sanctions positives, y compris honorifiques, peuvent influencer dans les relations de pouvoir au sein des organisations. En imposant des contraintes comme le financement de la formation, les

pressions coercitives se mettent en place. Dans un second temps, devant les incertitudes que cette mesure génère, les réponses standardisées (pression mimétique) réduisent ces incertitudes, ce qui tend à uniformiser le système et définir les « bonnes pratiques » qu'il convient de respecter, portées par les pressions normatives.

6.4.5.2 *L'isomorphisme normatif (la pression normative)*

La pression normative est principalement issue de la professionnalisation. Nous l'interprétons comme la « *lutte collective des membres d'une profession pour définir les conditions et les modalités de leur travail, de contrôler "la production des producteurs" et d'établir une base cognitive et la légitimation de leur autonomie professionnelle* » (p. 152). *Les professions sont soumises aux mêmes pressions coercitives et mimétiques que les organisations.* » Contrairement à la pression coercitive, ces efforts ont pour objectifs d'orienter et de promouvoir certains comportements préférés. Deux dimensions sont d'importantes sources d'isomorphisme : le cursus formel d'apprentissage (écoles et universités) et les réseaux professionnels dans lesquels de nouveaux modèles se diffusent rapidement. Les universités et établissements de formation professionnelle sont d'importants centres de développement de normes professionnelles, entre gestionnaires, professionnels et personnels. La professionnalisation a tendance à maintenir l'uniformité et l'autoreproduction, les membres de la profession décidant d'agir pour contrôler la conformité aux normes et les attentes sociales plutôt que de répondre aux besoins économiques. Les différents réseaux, universitaires, professionnels permettent aussi la diffusion aisée de nouveaux modèles. À un niveau plus microsocial, les pressions normatives agissent sur la socialisation des individus dans leur organisation. Leurs comportements personnels, leurs manières et leurs habitudes tendent à s'homogénéiser. Les grands cabinets de conseil ou les « comportements » de certaines professions en sont de bons exemples.

Nous entendons ici de façon un peu tranchée professionnalisation ou modèle de professionnalisme au sens de Freidson (1999³⁹⁹), « *l'environnement institutionnel au sein duquel ce sont les membres du métier qui contrôlent le travail, et non les consommateurs ou les supérieurs hiérarchiques* », en référence à ses trois idéaux types de contrôle du travail : le marché, la bureaucratie et le modèle des professions. « *Le marché renvoie aux situations où les consommateurs contrôlent le travail, et la bureaucratie à celles où les managers détiennent le pouvoir de contrôle. On peut dire qu'un modèle des professions existe lorsqu'un métier organisé gagne le pouvoir de définir qui est qualifié pour réaliser une gamme définie de tâches, d'empêcher tous les autres de réaliser ces activités et de contrôler les critères d'évaluation des performances* » (c'est en partie le principe de la bureaucratie professionnelle telle que décrite par Michel Crozier et Erhard Friedberg notamment⁴⁰⁰). Freidson expose aussi comment certaines professions se professionnalisent (on peut ici penser aux professions « ordinales »), souvent parce que leur activité est majoritairement libérale ou, dans le cas contraire, qu'elles jouissent (ou jouissaient) d'une grande autonomie, et d'autres non, en prenant exemple des ingénieurs, « noyés » dans l'organisation des entreprises.

6.4.5.3 *L'isomorphisme mimétique (la pression mimétique)*

C'est le troisième mécanisme mis en valeur par DiMaggio et Powell en tant que facteur d'isomorphisme institutionnel. Le mimétisme entre les organisations est expliqué par l'ambiguïté et l'incertitude auxquelles ces organisations sont confrontées. Pour ces auteurs, « *lorsque les technologies organisationnelles sont mal comprises, lorsque les objectifs sont ambigus, ou lorsque l'environnement crée de l'incertitude symbolique, les organisations peuvent se*

³⁹⁹ Freidson Eliot (1999) "Theory of professionalism: Method and substance" *International Review of Sociology*, Vol. 9, n° 1

⁴⁰⁰ Crozier Michel et Friedberg Erhard (1977) « *l'acteur et le système* », Paris, le Seuil

modeler sur d'autres organisations » (p. 151.) Elles préfèrent copier les modèles organisationnels d'autres institutions qui semblent s'être révélés efficaces plutôt que de risquer d'innover en la matière et s'engager dans un processus coûteux de recherche de nouveauté organisationnelle. L'exemple donné des dirigeants japonais au XIXe siècle illustre ce mécanisme mimétique. En effet, pour modéliser leurs futures initiatives gouvernementales sur la base d'initiatives semblant réussies dans le monde occidental, ils ont envoyé des officiers dans le monde entier pour étudier la justice, l'armée et la police en France, la marine et le système postal en Grande-Bretagne, ou le système bancaire et l'enseignement des arts aux États-Unis. L'intérêt du mimétisme est aussi économique. En « copiant » ou en « s'alignant » sur des modèles préexistants, l'organisation fait l'économie de l'innovation, de la modélisation, des coûts et des risques associés. C'est ainsi que les États-Unis ont « mimé » en retour le modèle de production japonais pour accroître l'efficacité et la qualité de leurs systèmes de production, comme dans l'automobile.

Certaines idées sont ainsi considérées comme un acquis (les bases du respect pour le pilier culturel cognitif) par les différents acteurs au sein de l'environnement organisationnel. Elles peuvent aussi s'inscrire dans une idée logique dominante comme celle développée par Bettis et Prahalad (1995⁴⁰¹). Ces auteurs précisent aussi que plus cette logique est forte, plus il sera difficile de la faire « oublier » et d'en faire émerger une nouvelle. L'imitation des solutions efficaces devient une justification. Il est possible ici de donner l'exemple des outils bureautiques « courants » ou de l'utilisation de certains outils de présentation que des organisations à caractère stratégique (États-majors) souhaitent faire disparaître à cause de leur caractère incomplet et ambigu... Enfin, le fait que les différents acteurs d'un domaine donné partagent une vision commune sur l'environnement et l'éventail des solutions acceptables renforce l'isomorphisme.

Enfin, selon la théorie néo-institutionnelle, l'État et les corporations professionnelles sont les acteurs externes qui exercent les pressions les plus fortes pour homogénéiser les comportements des organisations.

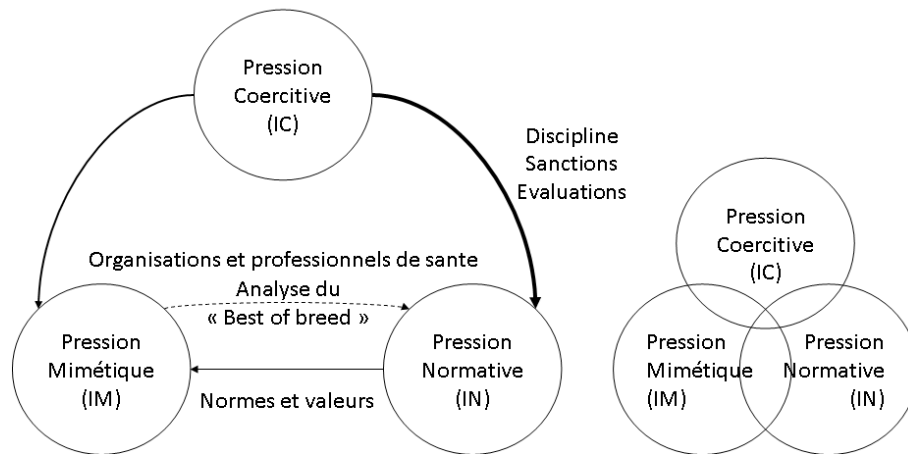
6.4.6 Et de leur applicabilité à notre problématique

En relation avec le système de santé et ses niveaux multiples, il est possible, en première approche, de décliner le modèle de façon relativement simple. L'État agit par l'intermédiaire de pressions coercitives pour « imposer » un mode de fonctionnement aux organisations de santé dont il a la charge. Les organisations les plus importantes définissent les règles, les normes et les usages à respecter pour intégrer au mieux ces contraintes environnementales, contribuer à la définition d'un modèle social et culturel-cognitif, en préservant au mieux certaines marges de liberté. Les organisations plus petites copient et appliquent par mimétisme les modèles qui peuvent sembler les plus efficaces ou les plus efficaces.

⁴⁰¹ Bettis Richard A., Prahalad Coimbatore K. (1995) "The dominant logic: Retrospective and extension" *Strategic management journal*, Vol. 16, n° 1, pp. 5-14.

Figure 32 : TNI, le niveau macro

Niveau MACRO



Schématisés simplement ci-dessus (à gauche), les trois isomorphismes sont reliés par des liens « simples » d'interaction, dans un environnement globalisé. Ainsi, les relations sont ternaires et s'établissent comme suit :

- IC \Leftrightarrow IN
- IC \Leftrightarrow IM
- IN \Leftrightarrow IM.

Comme nous l'indiquons dans le chapitre précédent, ces isomorphismes interagissent et s'influencent mutuellement. Mais le schéma de droite ci-dessus ne permet pas de comprendre ces interrelations complexes. Nous pensons ces schémas trop limitatifs pour expliciter la complexité du système de santé et les interrelations entre acteurs, notamment aux niveaux méso et micro, en ce sens qu'il existe des liens plus complexes dans lesquels l'influence sur un isomorphisme passe par un isomorphisme « médiateur » (intermédiaire, modérateur positif, négatif, voire neutre), qui, à partir de l'isomorphisme source, contraint l'isomorphisme cible différemment en fonction du circuit emprunté.

Quelques exemples :

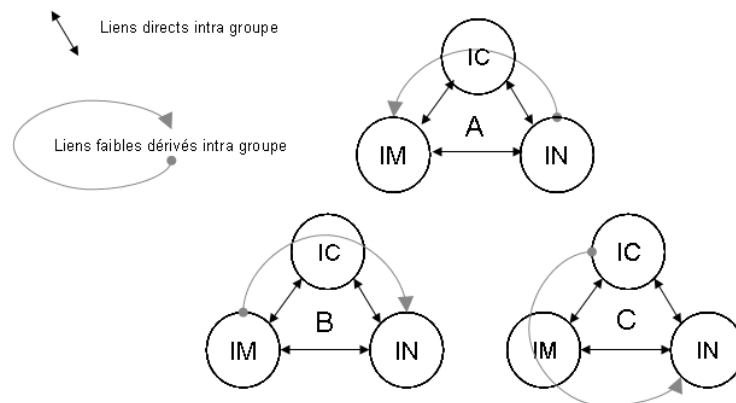
- 1) Interrelations indirectes « fortes » (modération positive ?)
 - A) IC \Rightarrow IN \Rightarrow IM : IC contraint IN (déontologie, enseignement) qui influe sur IM (appartenance à un groupe), avec l'appui de « références » du social (sociétés savantes, rapports de pairs par exemple, ou d'auteurs apparaissant comme la référence du domaine). Outre l'influence sur les « ordres anciens » (médecins, pharmaciens...) ou récents comme l'incitation à leur création (infirmiers) ou sur leur survie, on peut prendre pour exemple le NPM et la mise en œuvre des principes du BSC dans le monde de la gestion, plus particulièrement en santé, à l'aide d'une rhétorique adaptée et portée par des « sponsors » d'autorité (grands cabinets et consultants), l'informatisation « de gestion » venant en appui ;
 - B) IC \Rightarrow IM \Rightarrow IN : IC contraint IM (standards, normes, règles de bonnes pratiques comme l'EBM ou l'accréditation). L'adoption des règles s'effectue par petits groupes, généralement expérimentateurs ou pilotes. En fonction des résultats, il contraint l'évolution d'IN (changement) en montrant l'exemplarité des résultats obtenus par l'expérimentation chez IM. Cela correspond plus ou

moins à la phase « d'idéologie masque » de Flichy, suivie de la phase « idéologie légitimante ».

Ces deux phases peuvent être reliées, la phase d'idéologie-mobilisation imposant en fin de compte les changements à l'ensemble des organisations en favorisant l'évolution des normes.

- 2) Interrelations indirectes « faibles » : Un isomorphisme « intermédiaire » joue le rôle de médiateur (vecteur) entre le lien direct entre les deux autres isomorphismes.
 - A) $IN \Rightarrow IC \Rightarrow IM$: les règles sociales du « dominant » (IN) contraignent IM indirectement par le biais du coercitif en impulsant des projets de règles ou de normes, généralement à son avantage. C'est l'exemple de la normalisation portée par un groupe de pression pour l'inscrire dans un cadre réglementaire ou législatif, ou l'inscription dans la Loi d'un code déontologie particulier ;
 - B) $IM \Rightarrow IC \Rightarrow IN$: IM est initiateur. Par l'entremise de pratiques particulières (recherche, expérimentation) donnant lieu à des expérimentations de pratiques ou de recommandations, l'appui indirect d'IC permet de contraindre IN à évoluer et accepter les changements de pratiques, ces référentiels ou recommandations. C'est le schéma inverse de $IC \Rightarrow IM \Rightarrow IN$ (1A) qui impulse le changement dans IM en le soutenant, pour faire évoluer IN (modérateur positif du lien $IM \Rightarrow IS$) ;
 - C) $IC \Rightarrow IM \Rightarrow IS$: similaire au précédent, l'initiative venant d'IC. L'une des approches dans ce contexte est, par exemple, l'étude des différents systèmes de définition du budget hospitalier. Un exemple type pourrait être la base des coûts d'Angers. En soutenant certaines initiatives, IC vient en appui d'IM pour en assurer la diffusion et contraindre IN à les adopter. On retrouve ces approches le plus souvent dans les expérimentations, l'origine et les moyens de mise en œuvre dépendants du poids des lobbies notamment comme dans le cas 2 B.

Figure 33 : Une illustration des liens « faibles » intermédiés.



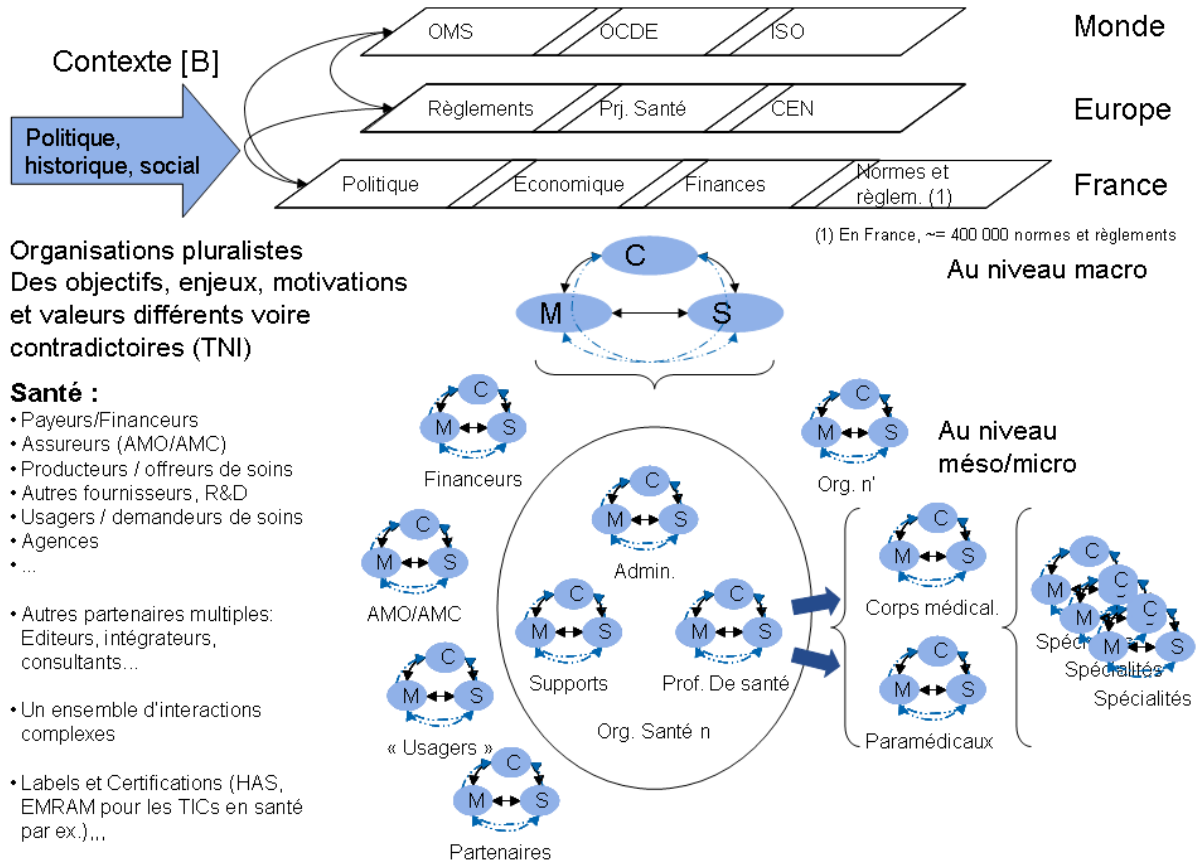
Si ce schéma peut sembler cohérent, si l'on aborde une seule profession dans un contexte précis comme l'informatisation de la santé, et plus particulièrement, vu de la continuité des flux informationnels dans les articulations entre processus de soins, il devient beaucoup plus complexe si l'on considère les principaux « métiers et acteurs » concernés, de façon synthétique :

- Les professionnels de santé (sans distinction à ce stade de la typologie des médecins, hospitaliers ou non, libéraux ou non, et des professions associées),
- Les métiers de la sphère « administrative et gestion » de l'établissement de santé concerné.

- Les partenaires de l'organisation, comme les éditeurs de logiciel (environ 200 pour les hôpitaux, 150 pour les libéraux) et leurs regroupements en association (LESSIS), « consortiums » (IHE, EPSOS, etc.), GIP et GCS (les « ex-SIH ou ex-CRIH »), mais aussi les usagers, les assureurs, etc.

Le schéma prend alors la forme d'un système complexe que nous avons tenté de matérialiser de façon partielle ainsi :

Figure 34 : Le système d'ensemble, multi-niveaux, inspiré par la TNI



Chaque niveau suppose une approche plus ou moins différenciée et surtout un accès spécifique. Dans notre environnement, les couches « supérieures » sont inaccessibles. Accéder aux trois instances au plan mondial simultanément dans le cadre d'un projet suppose avoir des appuis très efficaces, généralement de haut niveau politique. Il en est pratiquement de même pour le niveau européen et national. D'autre part, au plan national, la Figure 6 : Les acteurs du système de santé en France vu de l'Italie, page 62 donne un aperçu de certaines difficultés dans l'atteinte cet objectif.

La même démarche au sein d'une ou de plusieurs organisations de santé similaires soulève le problème de leur intérêt pour ce genre de projet, mais aussi des conditions et possibilités d'accès. Il en est plus ou moins de même pour les différents partenaires tels qu'illustrés ici. Néanmoins, ce schéma présente l'intérêt d'ouvrir le champ des possibles, et d'appréhender, pour partie, la complexité d'un système de santé et surtout celle des jeux d'acteurs qui peuvent s'y nouer aux différents niveaux, acteurs qui peuvent, « à titre individuel » participer et jouer un rôle (qui peut varier) sur plusieurs niveaux. Dès lors, il est possible d'imaginer un projet de recherche plus vaste avec une crainte cependant, c'est qu'il ne serve que des intérêts particuliers, pour faire « avancer » l'un des isomorphismes donnés. Le syndrome « Golden Holocaust » de Robert N. Proctor en quelque sorte...

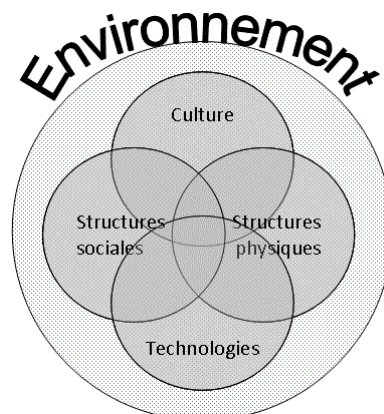
D'autres approches semblent émerger depuis ces dernières années. Citons pour mémoire les propositions de Fallery et Rodhain (2012) sur la « *multi-gouvernance des systèmes d'information dans des organisations multi-régulées* ».

Les démarches de type « Systèmes de systèmes » pourraient être un support intéressant, en étendant la vue technique à la vue organisationnelle et sociale, avec une démarche conjointe entre Sciences et techniques de l'information et de la communication – STIC, et Sciences humaines et sociales – SHS. Pour mémoire, « *Un système de systèmes est un assemblage de systèmes pouvant potentiellement être acquis ou utilisés indépendamment, pour lequel le concepteur, l'acquéreur ou l'utilisateur cherche à maximiser la performance de la chaîne de valeur globale, à un instant donné et pour un ensemble d'assemblages envisageable.* » Maier (1996⁴⁰²), Luzeaux et Ruault (2008⁴⁰³) en précisent cinq caractéristiques essentielles : l'indépendance opérationnelle des éléments, qui peuvent eux-mêmes être des systèmes, l'indépendance managériale des éléments, un développement évolutif, un comportement émergent et une distribution géographique. Cette approche est applicable, par ces caractéristiques, aux problématiques de coordination entre organisations hétérogènes, notre « contexte ouvert ».

Enfin, en reprenant une définition issue de la physique, « *Les systèmes dits désordonnés sont composés de nombreux éléments différents en interaction. Certaines de leurs propriétés ne résultent pas de la moyenne des propriétés de leurs composants* », si les lois d'échelle trouvent leur application dans l'élaboration de systèmes complexes tels que les réseaux de neurones, est-il possible que les STIC et les SHS bénéficient **conjointement** des apports des systèmes adaptatifs complexes et de leurs développements ? Vu sous un autre angle, il semble que les travaux portés par le Santa Fe Institute recoupent plus ou moins les travaux de la *Process Theory* de Tsoukas et Langley évoqués ci-après.

En reprenant le « modèle conceptuel » des organisations proposé par Hatch (2013), les cinq cercles en intersection de ce modèle représentent une organisation vue comme cinq phénomènes en interrelation. Le pouvoir, sixième phénomène, est représenté en grisé, il « infuse » les autres cercles, environnement compris. À partir de ce schéma, il est possible d'imaginer l'ensemble des approches possibles. Notons que les technologies ne se limitent pas aux TIC.

Figure 35 : Le modèle conceptuel d'une organisation – Hatch



Source : Hatch (2013)

Ce modèle est un autre abord de la complexité. Il montre lui aussi différentes voies d'abord possibles. Il est important de considérer ce schéma non pas uniquement à plat, mais ayant une structure multidimensionnelle qu'un schéma simple ne permet pas de représenter.

⁴⁰² Maier Mark W. (1996) "Architecting principles for systems - of - systems" INCOSE International Symposium, Vol. 6. n° 1.

⁴⁰³ Luzeaux D. et Ruault Jean René (2008) « Ingénierie des systèmes de systèmes : méthodes et outils. » Hermès-Lavoisier 2008.

La troisième édition de son ouvrage (2013) marque une évolution du précédent sorti en 2009. Hatch y introduit différents travaux comme ceux de Tsoukas et Langley sur la *Process theory*. L'organisation y est pensée en matière de flux et l'accent est mis sur les processus, sur l'évolution temporelle des phénomènes organisationnels. « *Au-delà des individus ou des éléments structurels, le regard est porté sur l'action située de laquelle émerge l'organisation. Celle-ci est alors considérée comme une combinaison changeante de facteurs qui donne constamment lieu à de nouveaux états. Nous passons alors d'une définition traditionnelle de l'organisation en tant que domaine particulier, "la chose organisée" (l'entreprise, l'Administration, la personne morale), à une vision des actions qui la composent et la font évoluer. Il faut l'entendre ici comme le processus de développement des organisations* » (Cordelier, Vásquez et Mahi, 2011). Nous avons développé notre point de vue à ce sujet dans le chapitre 6.2, La genèse de la problématique, page 135.

Enfin, si, pour les organisations du monde marchand, l'ère de la post-industrialisation semble arrivée, selon les critères proposés page 81 (table 3.2, Hatch, *ibid.*), cela ne semble pas être le cas pour les systèmes de santé. Ils seraient plutôt encore à l'ère industrielle telle que décrite, pour ce qui est de l'environnement (régulation nationale, standardisation), de certaines technologies, de la structure sociale (bureaucratie, approche hiérarchique avec une communication verticale, spécialisation, volonté d'intégration tant verticale qu'horizontale, forte focalisation sur le contrôle), de la culture (commémorations, célébration de la stabilité, traditions, contrôles, valeurs organisationnelles : croissance et efficacité), structures physiques (concentration des personnes dans de grandes structures, appréciation du monde essentiellement nationale, le temps est vu comme linéaire). Cette représentation, certes caricaturale, semble assez en phase avec « la peur de l'incertitude » telle que la présente Geert Hofstede (culture organisationnelle⁴⁰⁴).

Cette liste est loin d'être exhaustive. D'autre part, tout comme pour la notion de dossier, il semble relativement compliqué d'obtenir un consensus sur la notion d'usages ou la façon de les apprécier, ou sur ce que peuvent être une innovation et la réalité de sa diffusion.

Pour revenir à la définition de dispositif de Foucault⁴⁰⁵ et en lien avec « différentes contraintes environnementales » et les limites non exhaustives évoquées ci-dessus, nous avons choisi d'aborder la communication au sein de ce dispositif, le dit et le non-dit, entre les différents acteurs du système de soin et de santé. Nous avons souhaité aborder cette communication vue non pas des professionnels dans leur contexte d'exercice, mais entre les différents professionnels de santé par l'entremise du parcours du patient. Pour ce faire, nous avons mobilisé d'autres supports que nous exposons dans les chapitres suivants.

⁴⁰⁴ Site Internet, <http://geert-hofstede.com/france.html>. Son approche soulève toujours de nombreuses critiques.

⁴⁰⁵ Un « ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques, en bref : du dit, aussi bien que du non-dit. »

6.5 Notre approche, une vue générale

6.5.1 Introduction

Dans la santé, l'hétérogénéité des acteurs, de leurs responsabilités, de leurs champs de compétences... mais aussi le contexte réglementaire, compliqueraient la continuité de la communication, dont celle liée à un patient, ses soins, sa santé, à son parcours. À ces mêmes parcours sont associées les notions de coopération, de coordination, d'échange, de partage d'information... S'ils suscitent des échanges interdisciplinaires ou plutôt pluridisciplinaires et interprofessionnels, peu d'études se sont intéressées à cette communication et aux façons dont elle procède.

Il existe de nombreuses façons de représenter l'architecture ou l'organisation des soins et du système de santé, en ce qui concerne les prises en charge. Par exemple, en lien avec l'augmentation des maladies chroniques, Nolte et McKee (2008⁴⁰⁶) ont une approche selon les risques et proposent une segmentation de la population selon ce critère permettant de faire la séparation entre les soins dits d'aigu (acute care), la gestion des maladies (et de la chronicité, disease management) et la minimisation des risques. La segmentation qui s'inspire du modèle dit CCM (Chronic care model) de Wagner (Ibid. p. 7⁴⁰⁷) prend alors la forme suivante :

Figure 36 : Nolte (2008) Segmentation de la population en fonction des risques

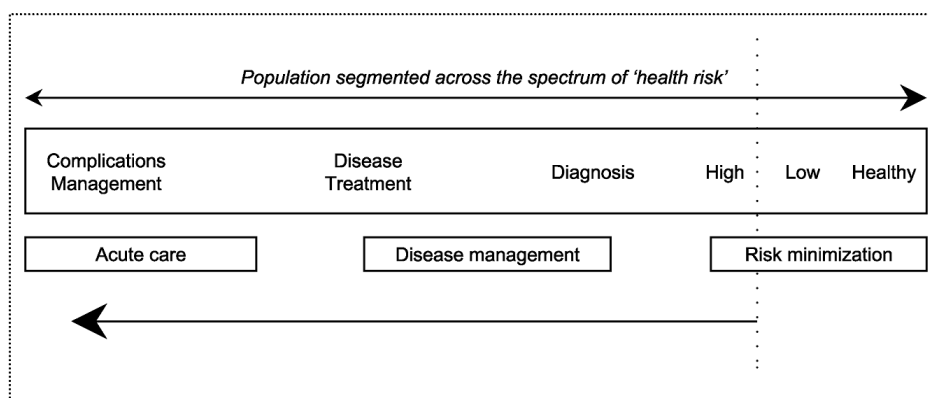


Figure 1.1 Health system activities covered in this book.

Source: Adapted from Petersen and Kane 1997.

Source : Nolte et McKee (2008)

Cette division du travail n'affecte pas que le corps médical, mais aussi les autres « professions ancillaires » (les paramédicaux) ou à caractère « administratif » et les acteurs du monde social et médico-social. Sur le principe, nous excluons, dans le cadre de notre étude, les bénévoles et les associations qui ont généralement un mode de gestion propre. Il en est de même pour la notion d'accompagnant, généralement lié à la présence ou la disponibilité de l'entourage du patient à proximité de son domicile (ou chez le patient). C'est une condition *sine qua non* de certaines formes de prises en charge à domicile, à court terme (soins palliatifs, oncologie, soins de suite, HAD, chirurgie ambulatoire...), moyen ou long terme dans le cas de certaines maladies chroniques p. ex. les dialyses à domicile. C'est aussi une volonté des patients de rester le plus longtemps et le plus tard possible à domicile. C'est

⁴⁰⁶ Nolte Ellen, McKee Martin (2008) "Caring for people with chronic conditions. A health system perspective." Open University press, European Observatory on Health Systems and Policies Series. Bien qu'elle soit relativement récente, elle ne semble pas tenir compte de la notion des soins aigus et chroniques que nous avons précédemment évoqués.

⁴⁰⁷ "... To explore the challenges outlined above, the study will use a conceptual framework that draws, broadly, on the Chronic Care Model (CCM) developed by Wagner and colleagues. (1999)...", page 7 du chapitre 1 et schéma page suivante. Figure 1.1-Health system activities covered in this book.

dans ce contexte que prennent place des actions comme la détection des fragilités et celles destinées à retarder le plus possible l'apparition de dépendances, nécessitant l'intervention d'autres acteurs. Enfin, lors de l'intervention de plusieurs professionnels ayant des fonctions différentes à domicile, la communication prend généralement la forme « d'un carnet de liaison », informatisé ou non, qui revêt des présentations multiples en lien avec les habitudes des intervenants et les usages « locaux ». Se pose la question de la confidentialité, de la sécurité ou celle de la répartition des tâches entre les acteurs pour ne citer que ces points.

Nolte et McKee justifient cette approche par la prévalence croissante des maladies chroniques, car elle « ... pose des défis considérables aux systèmes de santé. Les maladies chroniques nécessitent des modèles complexes de soins, impliquant la collaboration entre les professionnels de santé et les institutions qui ont traditionnellement été séparés. Les soins de santé s'appuient encore largement sur un modèle "épisodique de soins d'aigus" qui est mal adapté pour répondre sur le long terme et aux besoins fluctuants des personnes concernées. Les patients peuvent recevoir des soins de nombreux fournisseurs (de soins) différents, souvent dans des contextes ou des institutions différents, même quand ils n'ont que d'une seule maladie, comme le diabète. Ils sont souvent appelés à suivre, coordonner ou mener leur propre plan de traitement, tout en recevant des indications sur la manière de le faire. Par conséquent, pour fournir un meilleur soutien aux patients, il est urgent de combler les frontières entre les professionnels de santé, les décideurs politiques et les institutions (de soins au sens large du terme, y compris les assureurs) au travers du développement d'approches plus intégrées ou coordonnées de prestation de services... Ces acteurs, dans de nombreux pays, sont de plus en plus conscients de la nécessité de répondre à ceux qui ont des besoins de santé complexes. Les nouveaux modèles de prestation de services qu'ils proposent visent à parvenir à une meilleure coordination dans tout le continuum des soins » (Ibid., p. 64, notre traduction).

Bien que concernant essentiellement la chronicité, cette approche présente l'intérêt d'aborder le système de soins de façon transversale. Même si les maladies chroniques⁴⁰⁸ ont des incidences économiques et sociales importantes et qu'elles touchent une proportion importante de la population (environ 15 millions de personnes en France, ministère de la Santé, 2014⁴⁰⁹), sans minimiser cet aspect, nous avons considéré, dans notre répartition par niveau, qu'elles relevaient le plus souvent de prises en charge singulières (réseaux, organisations spécifiques) disposant le plus souvent de moyens de gestion et de communication particuliers. Nous prenons en quelque sorte le chemin inverse, chercher en premier lieu les points communs puis spécialiser en complétant les « propriétés ».

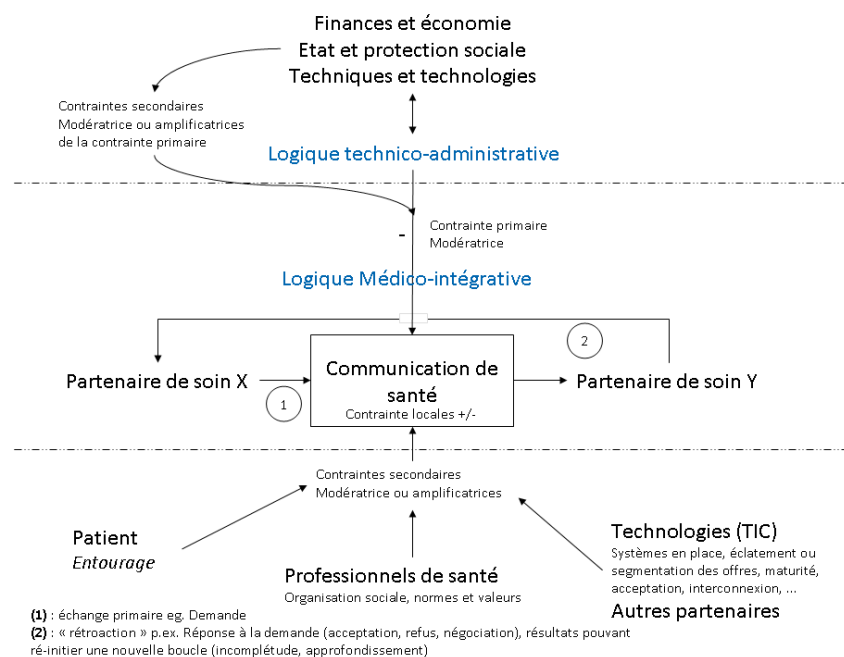
⁴⁰⁸ Pour l'OMS, « une maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge de plusieurs années ou de plusieurs décennies ». Le ministère de la Santé indique pour sa part, dans le cadre du plan 2007-2011 (voir la note suivante), qu'une maladie chronique est « Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves ».

⁴⁰⁹ Ministère de la Santé (2014) « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 », site [Internet](#)

6.5.2 Principes, contexte et contraintes de la communication en santé

En relation avec l'approche multi-niveaux du chapitre précédent, nous avons défini un premier cadre de structuration des échanges en nous focalisant sur la partie « opérationnelle » de ceux-ci, c'est-à-dire ceux entre les professionnels de santé entendus ici aussi bien comme individus que comme institution ou organisation, quant à leur rôle : assurer la prise en charge des besoins en soins et des besoins de santé d'une personne et assurer une correspondance sans rupture entre les partenaires de la prise en charge. Nous l'avons représenté ainsi.

Figure 37 : Principes, contexte et contraintes de communication, modèle général



6.5.3 Notre cadre d'approche des communications en santé

Nous avons réparti ce modèle de communication selon 3 niveaux, sans aucune idée de hiérarchie ni de jugement de valeur ou d'opposition entre les organisations et les professionnels qui y exercent. La logique est en premier lieu technique : ces niveaux de recours sont définis en fonction de la complexité des soins requis. Ils appellent à des approches différentes, « du plus général au plus spécifique », en fonction des moyens à mettre en œuvre, de la complexité et des expertises nécessaires. C'est un modèle assez répandu, hors France. Pour mémoire, lors de l'examen par le Sénat (2013⁴¹⁰) du « *Projet de Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014* », la Commission des finances du Sénat avait introduit le schéma suivant, dont nous nous sommes, entre autres, inspirés :

⁴¹⁰ Caffet Jean-Pierre (2013) « [Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014](#) », Sénat, rapports législatifs.

Figure 38 : Les soins et le niveau de recours



Source : Sénat. Commission des finances

Nous avons souhaité aborder les communications, non pas par le filtre d'une profession ou d'une organisation spécifique, mais plutôt « localement » au sein du système de santé « *in vivo* », système auquel est « confronté » un patient ou son entourage lorsque le besoin se fait sentir ou au long cours. Nous abordons cette communication en la structurant par la notion de parcours. Cette notion, polysémique, parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, prend de plus en plus d'importance, notamment dans les politiques de santé. Ses définitions varient en fonction des points de vue, des acteurs, des enjeux associés (voir le chapitre 4 : Parcours : soins, santé et vie, page 81 et suiv.).

Nous nous intéresserons aux parcours de soin et de santé, qui correspondent aux prises en charge sanitaires, médico-sociales ou sociales (voire les 3 simultanément, voir le chapitre 4.4 : Des parcours, notre approche, page 103), plus ou moins longues pour une ou plusieurs pathologies, au sens large du terme, selon une approche dite « holistique », centrée sur la personne et avec elle. Le parcours de soins revêt souvent un caractère curatif. Mais il s'inscrit dans un continuum plus important, le parcours de santé (santé au sens de l'OMS) qui s'inscrit lui-même dans un parcours de vie, mettant en jeu de nombreux facteurs, les déterminants de santé, qu'ils soient génétiques, environnementaux, sociaux...

Ces parcours nécessitent de nombreux échanges, souvent circonstanciés, entre tous les partenaires concernés, du secteur sanitaire, mais aussi du secteur social et médico-social. La continuité de la communication et sa qualité conditionnent aussi pour partie la bonne coordination entre ces partenaires. Cette continuité transversale semble avoir fait l'objet de peu d'études en santé. Le schéma ci-après présente le contexte global dans lequel s'inscrit notre approche des communications. Il permet d'introduire notre démarche d'appréhension de la problématique.

Pour représenter au mieux les interactions entre les différents acteurs de la santé, nous avons décliné ce modèle sans aucune notion de hiérarchie, afin de schématiser au mieux la communication et les flux d'information entre ces différents acteurs, communication le plus souvent « centrée » sur le médecin traitant. Ce schéma emprunte à la théorie des graphes et reproduit donc une vue de l'ensemble des échanges possibles concernant un patient dans le système de santé appréhendé selon une logique de complexité des cas et des moyens mis en œuvre.

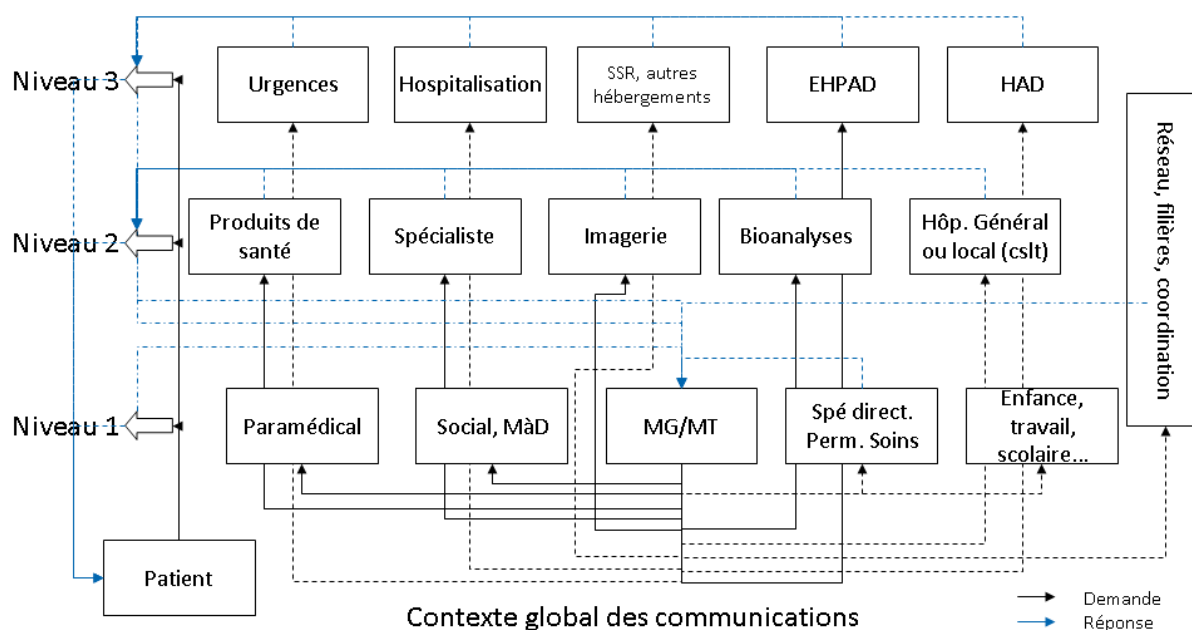
Ce schéma a une double finalité :

- Présenter aux interlocuteurs la logique sous-tendue par le questionnaire dans notre approche de la communication, en insistant sur son caractère inter-organisationnel et non pas centré sur une organisation donnée (contexte explicatif pour le niveau 3 en particulier) ;

- Matérialiser, grâce à l'analyse quantitative des réponses, la réalité de cette communication de façon représentative en fonction d'un ou de plusieurs critères ou de variables comme : le support utilisé, le média (le vecteur de la communication), la fréquence, la nature des informations échangées, etc.

Si nous avons centré les flux d'échanges principalement sur le médecin généraliste, c'est qu'il est dans la plupart des cas le point d'entrée dans le système de santé, le plus souvent en lien avec son rôle de médecin traitant. Nous nous sommes notamment appuyés sur l'étude de la DREES publiée en 2006, relative aux trajectoires de soins (pour l'année 2003⁴¹¹) et les modalités d'accès au 1er recours défini comme le premier point d'entrée dans le système de santé pour un patient pour un épisode de soins. Dans la 71 % des cas, ce 1er recours concerne le médecin généraliste, le plus souvent défini comme étant le médecin traitant du patient (Loi de 2004).

Figure 39 : Notre contexte d'étude des communications en santé



Note : À la différence des approches « centrées sur le patient », nous ne plaçons pas le patient ici « au centre des interactions ». Nous le considérons comme acteur ou partenaire à part entière de son parcours, dans le sens où il est sujet et objet des soins et, dans la majorité des cas, il est le principal vecteur informationnel dans les interactions entre les différents partenaires du soin ou de la santé. Son positionnement sur le côté du schéma est uniquement lié à des contraintes graphiques. Ce modèle résulte aussi des échanges que nous avons eus avec les différents syndicats médicaux avec lesquels nous avons abordé cette présentation en niveaux. La sémantique change légèrement en fonction des interlocuteurs et de leur positionnement dans le système des soins. Nous avons alors choisi d'utiliser le terme niveau, gradué de 1 à 3, selon une double logique, de moyens (technologique, expertise...) et de « liberté d'agir » (ou de « fermeture » du contexte de prise en charge).

Un même professionnel est à la fois un émetteur et un récepteur d'information⁴¹², le patient pouvant assurer ou non la transmission d'une correspondance le concernant ou concernant un tiers dont il a responsabilité (mineurs, aidants...). **La communication** peut se définir de différentes manières. Dans notre contexte, nous avons retenu trois cas, transmettre, échanger et partager. Les approches de la communication sont abordées dans le

⁴¹¹ Boisguérin Bénédicte, Payraud Denis (2006) « [Les trajectoires de soins en 2003](#) » DREES, Études et résultats n° 463, février 2006. Elle repose sur les données de l'enquête décennale de santé de l'INSEE qui s'est déroulée en 2002-2003. Elle n'a pas été renouvelée depuis.

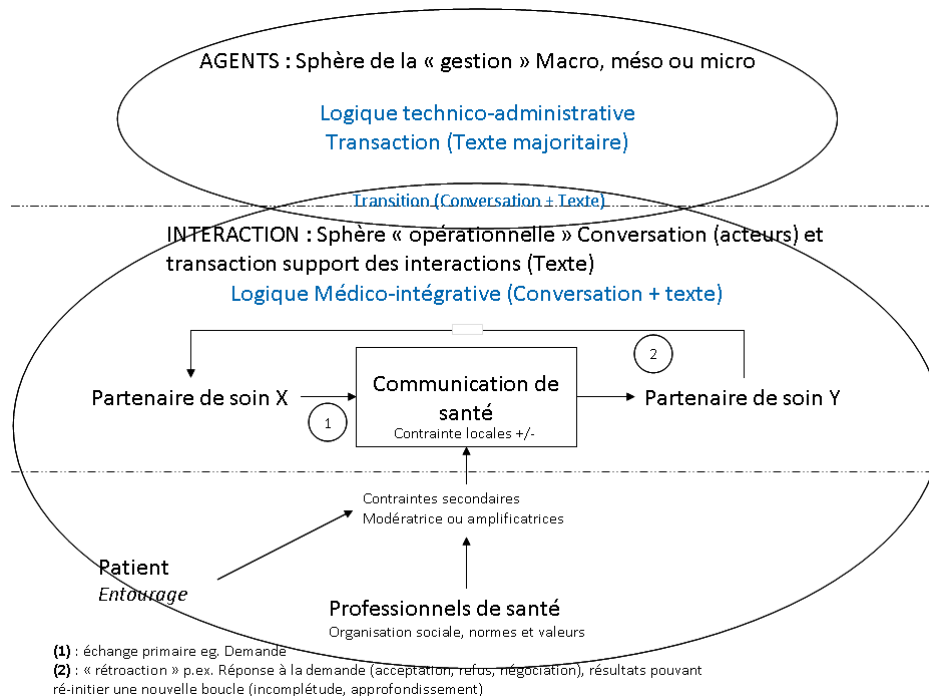
⁴¹² Les échanges à caractère administratif p. ex. ceux concernant les tutelles ou autres ne sont pas abordés dans cette étude.

chapitre 7 : La Communication, page 236 et plus particulièrement dans le chapitre 7.6 : Principes de communication dans notre contexte, page 254.

En nous appuyant sur Taylor (1993⁴¹³) et Taylor et Van Every (2011⁴¹⁴), il convient néanmoins de distinguer la transaction (ce qui véhicule la relation, la composante « texte », qui est du rôle de l'agent) de l'interaction (la séquence de comportements verbaux et non verbaux, la composante « conversation ») par le truchement de laquelle la transaction doit être réalisée, c'est le rôle de l'acteur. Dans notre contexte, nous nous intéressons principalement à la *transaction*, sans pour autant négliger l'interaction. Celle-ci s'inscrit néanmoins dans un « réseau d'interactions » qu'il est lui-même possible d'aborder à l'aide de différents supports, théoriques ou méthodologiques.

La Figure 37 : Principes, contexte et contraintes de communication, modèle général, page 188 est alors amendé de la façon suivante :

Figure 40 : Principes, contexte et contraintes de communication, conversations et textes



Dans les chapitres suivants, nous présentons la répartition des différents acteurs des soins et de la santé en fonction des niveaux tels que nous les avons déterminés.

⁴¹³ Taylor James R. (1993) « La dynamique de changement organisationnel, une théorie conversation/texte de la communication et ses implications », *Communication et organisation*, vol 3

⁴¹⁴ Taylor, Van Every (2011). *Op. cit.*

6.6 Communication et niveaux d'interaction

6.6.1 Le niveau 1

Dans cette perspective, les soins de premier recours (niveau 1 de notre schéma) sont les soins usuels pour les pathologies légères dont le diagnostic est plus ou moins aisé et la santé. Ils sont dispensés principalement par les médecins généralistes. Nous avons associé à ce niveau les autres professionnels accessibles plus ou moins directement, les professions « ancillaires », paramédicales et les acteurs sociaux.

La notion de « soins de premier recours » a été définie lors des « États généraux de l'organisation de la santé » de 2008, prélude de la Loi HPST, en préférence à celle de « soins primaires⁴¹⁵ », expression jugée péjorative et faisant toujours débat. La réforme des soins de premier recours impliquait :

- La définition du premier recours et ses acteurs (cf. *infra*) ;
- L'évolution des formations professionnelles initiales ;
- La rénovation de son organisation et des conditions de travail des professionnels ;
- L'organisation de cette offre de soins de premier recours sur le territoire.

Deux notions caractérisent les soins de premier recours :

- Le « gatekeeper », acteur régulateur de l'accès vers les autres professionnels de santé. Cette fonction, souvent décriée depuis de nombreuses années par certains syndicats médicaux, trouve en France son application avec la notion de « médecin traitant ». Elle reste cependant incomplète et met en défaut cette régulation d'accès, puisqu'un spécialiste, voire un praticien hospitalier peuvent être déclarés comme médecin traitant. La décision est normalement du ressort du patient ;
- Le « managed-care », c'est-à-dire le rôle de coordonnateur de soins et de l'équipe soignante. C'est une généralisation, toutes proportions gardées, de l'organisation mise en place dans les réseaux « institutionnels » ou filières de soins ou de santé.

Définis par la Loi HPST, les soins de premier recours recouvrent :

- La prévention (vaccinations, conseils brefs, participations aux campagnes nationales...)
- Le dépistage, organisé (cancer du sein et du côlon) ou individuel (patients dits à risque) ;
- La prise en charge des symptômes courants (douleur, fièvre, fatigue... diagnostic, traitement, surveillance et suivi des patients) ;
- La prise en charge et le suivi des pathologies chroniques, dont l'éducation thérapeutique (le Plan personnalisé de santé – PPS – pour les personnes âgées), le maintien à domicile ou les soins palliatifs ;
- La continuité et la permanence des soins.

Ils concernent différents professionnels intervenant dans des secteurs ou des structures fort disparates. Selon l'ARS Midi-Pyrénées, ce sont :

- « Les professionnels “piliers du fonctionnement” : les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine, les infirmiers, les chirurgiens-dentistes ;

⁴¹⁵ Les « soins primaires » et leurs caractéristiques ont été définis de façon « consensuelle » en 1978, dans sa déclaration d'Alma-Ata par l'OMS : « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination ».

- *Les professionnels et structures “ indispensables ” :*
 - *les masseurs kinésithérapeutes et les orthophonistes ;*
 - *les travailleurs sociaux ;*
 - *les structures de PMI ;*
 - *les établissements de santé avec services de médecine polyvalente et d'accueil des urgences ;*
 - *mais aussi les SSIAD, les HAD, les réseaux de santé de proximité, les EHPAD et les transports sanitaires ;*
 - *sans oublier la biologie de proximité et la radiologie standard avec l'échographie.*

Cette offre s'organise normalement dans un bassin de santé. Cependant, l'accès à certaines prestations spécialisées – cardiologie, psychiatrie, ophtalmologie, pédiatrie, gynécologie – ne préjuge pas du professionnel ni de la modalité de la réponse : médecin de la spécialité, médecin généraliste, autres professionnels de santé dans le cadre de la délégation de tâches, en cabinet secondaire, par télé-médecine. »

Depuis les soins de premier recours, les usagers peuvent être orientés vers des soins plus spécialisés, de second ou troisième recours. Ces différentes missions se retrouvent par exemple dans le rapport de De Pourville remis au ministre de la Santé en 2006⁴¹⁶. On retrouve les mêmes approches dans le dernier rapport, le rapport Druais⁴¹⁷, remis à la ministre de la Santé en mars 2015.

Certains comme Lucas-Gabrielli *et al.* (2001⁴¹⁸) parlent aussi de soins de proximité. « *La proximité est une composante de l'accessibilité, mais non la seule. En effet, les difficultés d'accès sont non seulement physiques, mais aussi culturelles ou financières (mode de prise en charge). Sans définition très précise, les activités de proximité sont abordées en France au travers des réseaux de soins hiérarchisés et gradués avec certaines pathologies comme le cancer, le sida ou le diabète, ou d'une manière moins nette avec les secteurs psychiatriques. »*

Note : En 2001, la Loi instaurant la CMU en était à ses premiers développements. Ainsi, certaines difficultés financières tendent à s'aplanir, au moins pour les soins courants. Cependant, le problème n'est toujours pas résolu en 2015 pour certaines prestations qui coïncident souvent avec un reste à charge élevé, pour toute la population, quels que soient les revenus. Ces prestations dites de confort, dentaire, d'optique, d'audioprothèses, etc. particulièrement onéreuses sont prises en charge a minima par les AMO. Pour ce qui concerne les réseaux, la situation reste plus ou moins équivalente à celle présentée par ces auteurs.

Le Medical Research Council of the United Kingdom définit les soins primaires comme “(The) *First contact, continuous, comprehensive and coordinated care provided to individuals and populations undifferentiated by age, gender, disease or organ system*”⁴¹⁹. L'American academy of family physicians précise l'importance de l'articulation entre soins primaires et la pratique liée à l'environnement familial (family practice) et met l'accent sur l'importance de l'information, informatisée ou non. L'Institute of Medicine (IOM) considère que les soins primaires sont l'un des six objectifs et domaines de qualité pour le système de santé (américain).

Le WONCA-Europe, antenne européenne de l'organisation mondiale des médecins généralistes, définit trois grands domaines d'activité de la discipline, comprenant douze

⁴¹⁶ De Pourville Gérard (2006) « Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions », ministère de la Santé

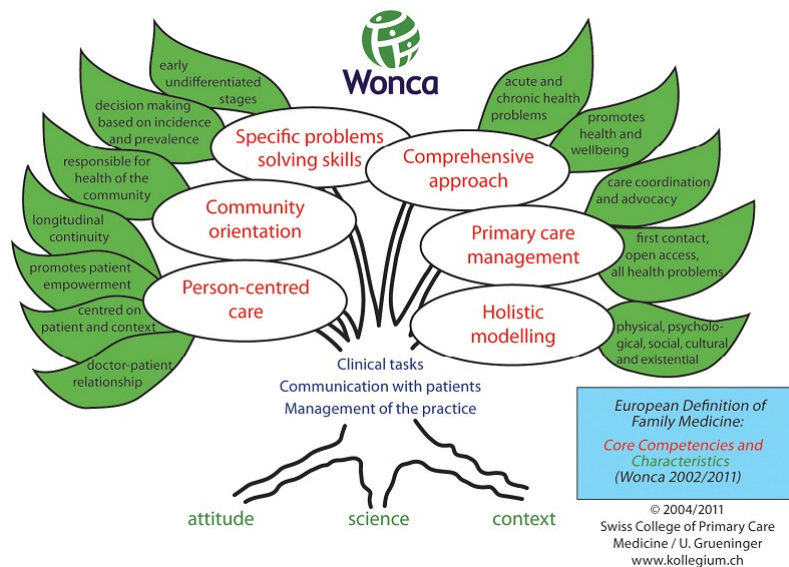
⁴¹⁷ Pr Druais Pierre-Louis (2015) « [La place et le rôle de ma médecine générale dans le système de santé](#) », ministère de la Santé

⁴¹⁸ Lucas-Gabrielli Véronique, Nabet Norbert, Tonnelier François (2001) « Les soins de proximité : une exception française », CREDES, n° 503

⁴¹⁹ De Lusignan Simon (2003) “What is primary care informatics”, *Journal of the American medical informatics association (JAMIA)* Vol. 10, issue 4, pp. 304–309.

caractéristiques réparties en six compétences centrales. Selon le WONCA, ces propriétés diffèrent des requis hospitaliers. Elles prennent la forme d'un arbre représenté ci-après.

Figure 41 : Wonca & Médecine générale : Activité, compétences et caractéristiques



Source : Wonca (2011)

De ces définitions découlent les notions de *patient-centered care*, *patient centricity*, *patient-centric approach*...

Si le médecin généraliste est généralement le pivot du parcours, il n'en est pas le point de passage obligé (cf. *supra*, « gatekeeper »). D'autre part, pour répondre aux aspirations des jeunes médecins (travail de groupe) et pour concilier qualité des soins et qualité de vie des professionnels, la tendance actuelle est de favoriser les modes d'exercice regroupés et coordonnés sur un projet de santé commun. Ils sont portés par les professionnels de santé eux-mêmes, dans un territoire donné, au sein de structures comme les pôles de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires, les cabinets de groupe, les centres de santé... et nécessitent cependant l'aval et l'agrément de l'ARS. Enfin, pour libérer du temps soignant, mais aussi permettre aux professionnels volontaires de diversifier leur pratique en s'ouvrant sur de nouvelles activités (éducation thérapeutique par exemple), de nouveaux modes de rémunération forfaitaire sont à l'étude et parfois pour certaines en expérimentation (forfait de coordination), ainsi que des possibilités de coopération entre professionnels de santé (délégation de tâches). Ces différentes ambitions étaient affichées par la Loi HPST de 2009.

Niveau 1 et informatisation

Si l'informatique des soins primaires est une discipline à part entière au Royaume-Uni, en lien avec son système de protection sociale, en France, elle est essentiellement représentée par les éditeurs de solutions et leur fédération (FEIMA⁴²⁰).

Pour les soins primaires, les informations les plus fiables semblent être celles disponibles sur le site Internet du GIE Sesam-Vitale⁴²¹. Elles nous indiquent que :

⁴²⁰ Fédération des éditeurs d'Informatique médicale et paramédicale ambulatoire. Mi-octobre 2015, la FEIMA, Le Leem, le Lesiss, le Snitem et Syntec Numérique se sont réunis autour d'une alliance – eHealth France – destinée à développer et promouvoir la santé numérique.

⁴²¹ Sesam-Vitale correspond à la fois au nom du programme de dématérialisation des feuilles de soins pour l'Assurance maladie en France (Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie, associé à la carte Vitale), dont la partie visible pour l'utilisateur est la carte du même nom, mais aussi l'organisme en charge de la gestion de ce système, fondé en 1993. Si la carte devait contenir, dès sa conception, des informations à caractère médical, le volet de santé est inscrit dans l'article 36 de la loi du 30 juin 1999, dite loi CMU, les décrets d'application ne seront jamais publiés.

- La télétransmission des feuilles de soins est utilisée par 326 000 professionnels (toutes professions de santé confondues) et elle représente 1,2 milliard de feuilles de soins électroniques télétransmises ;
- Le service de dématérialisation des ordonnances est essentiellement utilisé par les pharmaciens, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes. Les médecins ne peuvent pas accéder au dossier pharmaceutique, réservé à l'usage exclusif des pharmacies d'officine ;
- 170 éditeurs de logiciels sont agréés par Sesam-Vitale (pour la facturation et la FSE principalement⁴²²) ;
- Si 50 sociétés proposent un, voire plusieurs logiciels métier à destination des médecins en cabinet⁴²³ (les LGC – logiciels de gestion de cabinet) il existe aussi une quinzaine de solutions développées par des médecins, plus ou moins en open source, souvent dans un contexte associatif. Cinq éditeurs se partagent 54 % du marché, le premier (Compugroup) ayant environ 31 % de part de marché. Certains spécialistes ont un accès mixte, logiciel de cabinet en liaison avec celui de la clinique dans laquelle ils exercent. Dans certains cas, il s'agit d'une extension de la solution de gestion utilisée dans la clinique. A cet ensemble de solutions, il faut ajouter les solutions métier destinées aux auxiliaires médicaux (48 éditeurs), les dentistes (41 éditeurs), la vingtaine de solutions spécifiques réservées un métier particulier (opticien, audioprothésiste...) et environ 25 solutions destinées à la gestion des transports... Pour mémoire, il y a 15 éditeurs de logiciels de cabinet en Grande-Bretagne, 3 aux Pays-Bas.

Dans ce paysage dispersé, il est nécessaire d'ajouter l'ensemble des partenaires sociaux et médico-sociaux disposant de leurs propres systèmes, systèmes avec lesquels les échanges sont majoritairement à caractère administratif. Par exemple, les solutions dédiées aux EHPAD n'intègrent pas le lien avec les cabinets de ville, les médecins traitants, ou les hôpitaux. Lors du salon annuel dédié aux solutions informatiques de santé (HIT/Hôpital-Expo/Gérontexpo), nous avons interrogé plusieurs éditeurs à propos de leurs solutions dédiées aux EHPAD et leur capacité à mettre en œuvre des liens informatisés avec leurs partenaires. Concernant les médecins traitants, la demande serait inexistante, chacun gérant ses patients selon ses habitudes. Les éléments à caractère médical (soins et traitements) sont généralement reportés par le médecin coordinateur de la structure selon ses schémas propres et les éventuelles possibilités des logiciels. Concernant le lien avec les hôpitaux, la communication se fait soit par le biais du médecin traitant, sous réserve qu'il soit prévenu, soit par une personne « habilitée » de la structure, le plus souvent au format papier (photocopies⁴²⁴).

Cette approche par les solutions reste limitative. Pour autant, la FEIMA ne présente aucune étude sur son site Internet. Certains sites professionnels⁴²⁵ proposent la revue de certains de ces logiciels et les prémices d'un cahier des charges. La recherche, notamment en informatique, semble peu s'intéresser au sujet, en dehors des objets connectés par exemple. Les échanges entre partenaires du soin sont généralement dépendants des acteurs, mais n'anticipons pas ici les rares réponses apportées.

Les pôles, maisons et centres de santé constituent un cas particulier. Bien qu'un cahier des charges ait été défini avec le concours de l'ASIP (de fait, un « mini SIH »), les données concernant leur informatisation sont rares, voire inexistantes.

⁴²² Voir la liste disponible sur le site Internet du centre national de dépôt et d'agrément - [CNDA](#)

⁴²³ Sesam-Vitale (2015) « [Panorama du marché des éditeurs de logiciels pour les professionnels de santé en exercice libéral](#) », Sesam-Vitale, Site [Internet](#)

⁴²⁴ Voir la recommandation de la HAS

⁴²⁵ <http://comparatif-logiciels-medicaux.fr/>

6.6.2 Le niveau 2

Les soins de second recours (niveau 2 de notre schéma) sont les soins qui ne peuvent être pris en charge par le premier niveau en raison de leur complexité ou des connaissances à mobiliser (spécialités médicales). Nous avons intégré dans ce niveau les acteurs médico-techniques accessibles en ville, imagerie et bioanalyse, la mise à disposition des produits de santé liés à une prescription et les consultations hospitalières. Nous considérons qu'elles correspondent (hors cas particuliers) aux spécialités de ville. Le patient, en fonction de ses besoins et de son bassin de vie, peut recourir aux spécialités de ville, aux spécialités hospitalières ou aux deux (liberté de choix).

Les solutions informatiques, en dehors du contexte médico-technique, sont du même ordre que celles du niveau précédent, avec, en complément, des solutions technologiques particulières pour certaines spécialités médicales ou assimilées et médico-techniques.

6.6.3 Le niveau 3

Le troisième niveau de soins se caractérise par la nécessité du recours à un plateau technique important ou à une médecine de pointe : il s'agit là de soins hospitaliers. Ils incluent la notion d'hébergement, temporaire (établissement hospitalier, SSR) ou permanent (EHPAD), en fonction du contexte. Les urgences constituent un cas spécifique, à la fois en ce qui concerne les prises en charge, mais aussi les informations et leur gestion. Bien que les soins soient réalisés à domicile avec des modalités d'échanges particulières (cahier de liaison), nous avons placé l'HAD dans ce niveau, c'est une forme de prise en charge hospitalière. Elle peut se compléter de structures spécifiques « lourdes » comme une pharmacie spécifique (PUI - Pharmacie à usage interne). Certaines pathologies, dont certaines maladies chroniques, en raison des moyens et des connaissances à mobiliser sont du recours exclusif de l'hôpital. Néanmoins, sur le long terme, la prise en charge au long cours se fait généralement conjointement avec le médecin traitant et le service spécialisé hospitalier (coopérations, consultations de suivi).

Enfin, les réseaux ou filières sont placés de façon verticale, car ils comprennent fréquemment des intervenants des différents niveaux. Ces organisations ont généralement développé des outils particuliers répondant à leurs besoins propres.

6.7 La genèse du modèle et ses sources

6.7.1 Introduction

De prime abord, notre modèle semble reposer sur les principes de la théorie de l'information proposée par Shannon et Weaver (« *La théorie mathématique de la communication* », 1949) avec les notions émetteur, récepteur, quantité d'information et bruit, reposant sur « *le modèle télégraphique des communications* », qui aurait été amendé des principes de la Cybernétique de Wiener, par l'introduction des boucles de rétroaction.

La notion de bruit est importante. Succinctement, au moment des travaux menés par Shannon, il s'agissait de trouver un moyen pour extraire du bruit ambiant (le brouillage des messages en temps de guerre) la partie utile du message permettant son décodage, suivi, si nécessaire de son décryptage. Ramené aux moyens disponibles à l'époque, il s'agissait d'extraire l'information significative du message à partir de signaux radioélectriques. Si nous transposons cette notion de bruit dans notre contexte courant, nous pourrions l'analyser comme correspondant à l'opération consistant à extraire les informations

signifiantes et utiles des conversations et des sources d'informations multiples (les textes), pour les interpréter, les analyser et textualiser les éléments utiles à la situation courante et les conclusions et suites à donner (consignation dans le « dossier » ou éléments de la correspondance). Ainsi, le bruit initial (brouillage) se superposant au signal utile s'est-il transformé en brouillage non plus du message lui-même, mais dû à la masse d'informations utiles ou non mises à disposition. En négative, l'absence de bruit peut être aussi plus ou moins liée à l'absence d'information de l'émetteur, le patient jouant alors le rôle de traducteur et d'interpréteur... voire de brouilleur..

Dans les applications informatiques en santé, la vision des échanges emprunte pour beaucoup à ce modèle, le message étant alors formalisé et standardisé, comme ceux décrits dans des contextes techniques dits « profils d'intégration » définis par l'initiative IHE qui est représentée par l'association Interop-Santé en France. Toutes proportions gardées, ils correspondent aux échanges de type EDI qui les ont largement précédés, dans les services ou l'industrie. Ces approches offrent une vision généralement statique et point à point de la communication au sein de « réseaux établis » et de leurs applications mises en relation, au travers du cheminement des messages, mais ne permettent pas de comprendre l'évolution de ces réseaux, des organisations qui les composent et leur dynamique.

En lien avec notre formation et notre parcours professionnel, nous avons été très tôt sensibilisés à la nécessité des échanges ou des partages d'informations en relation avec l'évolution des organisations, de leurs activités et de leur écosystème, initialement dans un contexte intra-entreprise (étendue géographiquement), principalement entre services, dans une approche souvent fonctionnelle des organisations. Ces évolutions en lien avec l'informatisation associée au « downsizing » des systèmes informatiques, concernaient principalement les activités de production, de stockage, de gestion des ressources, tant physiques qu'humaines (disponibilité des équipements, disponibilité des personnes...) avec, en toile de fond, les informations à caractère comptable à destination des domaines économiques et financiers (budgétaires et comptables, comptabilité générale et analytique). Pour répondre à la demande de nos clients et mettre en place des systèmes « partagés » ou « multi-entreprise », nous avons alors conçu et développé une solution que l'on peut assimiler à ce qui s'est appelé plus tard un système « ERP ». La plupart des référentiels, paramètres et règles de gestion y étaient administrés par l'intermédiaire d'un système de paramétrage étendu, ce qui rendait le système installé quasiment indépendant des entreprises concernées. Nous avons alors constaté que si ces « conversations » étaient généralement textuelles (enregistrement des données « de gestion »), la part « orale » était aussi constitutive de ces communications, apportant des informations complémentaires que les supports « normalisés » par l'informatisation n'étaient pas alors à même de gérer. De même, le « codage des données », par le recours à des « codifications ou des référentiels », nécessitait souvent un complément « textuel » pour préciser le contexte de certaines interactions, notamment dans les relations à caractère contractuel. Ces approches nous ont été utiles pour appréhender d'autres environnements d'entreprise, en matière d'analyse des métiers puis d'intégration des systèmes (au sens d'informatisation, la transformation du système d'information naturel en système d'information artificiel [Nurcan et Rolland]), dans l'Administration, les services et la santé. La mise en œuvre de progiciels de type ERP (SAP) nous a permis de nous focaliser de façon plus approfondie sur les approches dites « métier » et les approches organisationnelles au sein de différents grands groupes de l'industrie et des services, santé comprise. Nous avons constaté alors que ces systèmes avaient une certaine tendance à diminuer la communication opérationnelle entre les acteurs, en ayant une certaine propension à les « banaliser » en tant qu'agent de ces organisations. Nos travaux liés au déploiement du nouveau système d'information d'un grand groupe hospitalier concernant aussi bien le volet administratif que le volet médical ou de gestion nous avaient

permis d'apprécier l'importance des échanges, notamment verbaux, que l'informatique seule ne peut supplanter. Nous y avons amorcé les prémices de ce que nous approfondirons plus tard sous le vocable des démarches ou des approches par les processus, présentées ci-après.

Ayant longuement travaillé sur ces démarches, nous les avons adaptées au monde de la santé donnant lieu à une publication unique en son genre en France, dans le contexte des systèmes d'information hospitaliers, en 2006⁴²⁶. Bien que ces travaux aient été abandonnés, cette démarche et les représentations ou les modèles associés sont toujours utilisés aujourd'hui en tant que modèles de référence.

Parallèlement à cette activité professionnelle, nous avons toujours souhaité maintenir nos connaissances à niveau en lien avec notre « occupation », les métiers de nos clients, mais aussi l'évolution dans le domaine des sciences du management et de la gestion ou des sciences de l'information et de la communication.

Note : Certaines réflexions présentes dans ce document sont aussi tirées de notre expérience professionnelle et de nos lectures. Certaines réflexions peuvent s'apparenter à la « sérendipité », les ouvrages, revues ou articles ayant été lus ou utilisés il y a un temps certain et « intériorisés » depuis, en lien avec notre activité professionnelle et notre souhait d'opérationnaliser ces écrits au plus près des acteurs. Si leurs auteurs respectifs ne sont pas mentionnés, c'est vraisemblablement en raison de l'intégration de leurs écrits dans nos pratiques, sans volonté aucune de s'appropriier leur travail ou de les plagier sans vergogne. Si tel est le cas, nous nous en excusons par avance et nous procéderons aux corrections nécessaires avec diligence.

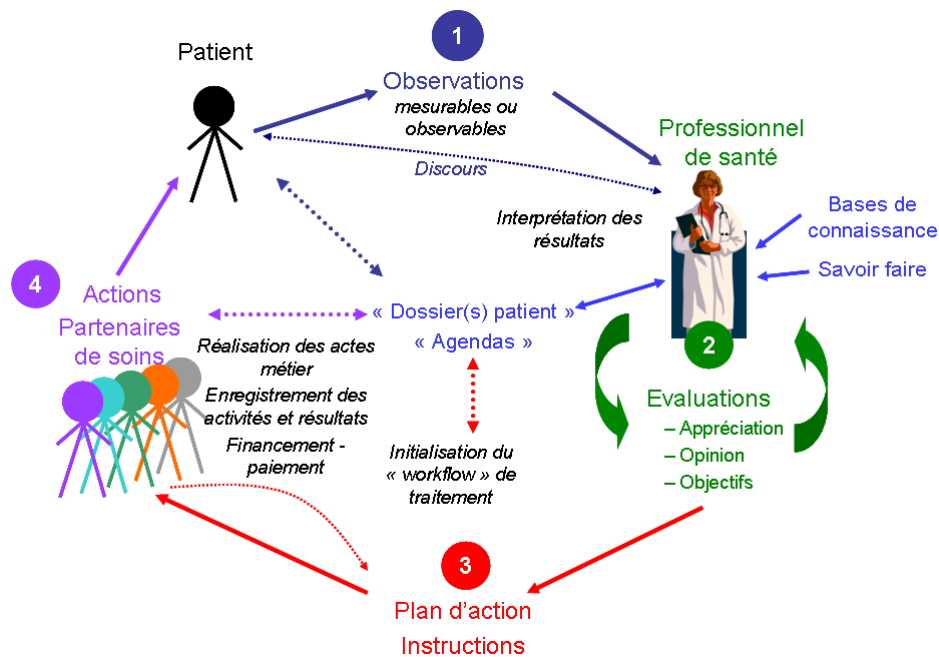
6.7.2 Les approches processuelles, point de départ

Ces travaux précédents et l'approche par les processus s'inspirent de différents courants que nous présentons dans le chapitre 6.7.8 : Processus, page 208. L'une des difficultés dans la présentation de la dynamique des échanges est liée aux termes institutions ou organisations qui revêtent des acceptions différentes en fonction du contexte et du point de vue. Les organisations, concept abstrait, prennent aussi bien la forme d'une entreprise au sens de l'entité physique, ses murs, ses équipements, son organisation interne, etc. (vue économique) que celle constituée par ses arrangements sociaux, ses règles, etc. (vue sociologique.) Nous préciserons si besoin l'acception utilisée pour éclairer le contexte. Mais revenons aux soins et à la santé.

En premier lieu, si nous considérons « un cycle » de prise en charge vu des soins, qui s'inscrit dans un « parcours de soins virtuel », nous pouvons le représenter de façon simplifiée ainsi :

⁴²⁶ Véret Michel (2006) « Architecture et Urbanisation des systèmes d'information de production de soins », GMSIH. Cette étude s'inscrivait dans un cycle complet, de l'alignement stratégique des systèmes d'information (2004) à la démarche complète d'élaboration d'un schéma directeur des systèmes d'information publiée en 2007. Carli-Bacher Sophie, Véret Michel (2004) « Alignement stratégique des systèmes d'information hospitaliers », GMSIH, disponible sur le site Internet de l'ANAP. Véret Michel (2007) « Élaboration du schéma directeur du système d'information », GMSIH, disponible sur le site Internet de l'ANAP

Figure 42 : La prise en charge, un cycle dynamique entre acteurs (1)



Adaptation à partir des travaux de Ehrcom

Dans une prise en charge, un « épisode⁴²⁷ » (voir p. ex. Breuil-Genier, 2001⁴²⁸) correspond à n cycles plus ou moins imbriqués, interdépendants, l'entrée et la sortie marquant souvent les bornes de cet épisode, souvent sous la responsabilité de l'initiateur du cycle concerné. Vu du patient, cet épisode, intercurrent ou non, s'inscrit dans son parcours de santé. En fonction de ses déterminants de santé, l'organisation et le déroulement du cycle lui permettent ou non de donner du sens aux événements courants et si nécessaire de les inscrire dans sa biographie. En lien avec le déroulement de ce cycle, sa « biographie » peut être interrompue temporairement, modifiée durablement (chronicité), voire altérée de façon provisoire (rémission) ou définitive (pathologies neurodégénératives).

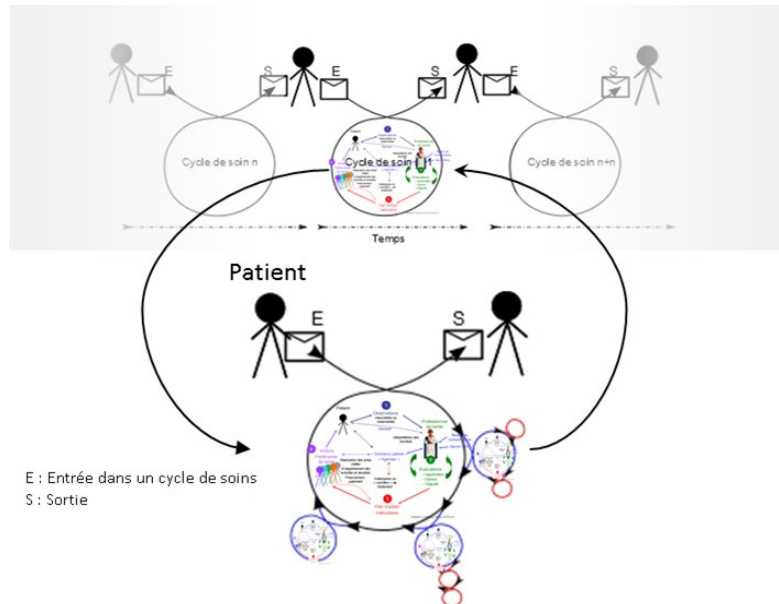
Vu sous une autre approche, ce cycle met aussi en œuvre le concept d'articulation (Strauss, 1992), repris de l'interactionnisme social, qui postule trois niveaux dans le travail de soins. Le premier, ou « articulation de trajectoire », couvre le temps de la prise en charge (l'épisode) et est caractérisé par un arc de travail qui se déploie, pour tous les acteurs, autour d'une situation singulière, le cas du patient. La deuxième articulation est qualifiée de structurante. C'est ici que prennent place les procédures, cahiers des charges, coordinations et autres instruments visant à organiser tous les niveaux hiérarchiques du travail (plan de travail et instructions). L'articulation opérationnelle couvre quant à elle tout le champ de l'imprévu (les évaluations et la réalisation des actes métiers), malgré la présence des deux niveaux précédents. Plusieurs « catégories » de personnes intervenant sur le cycle, avec une

⁴²⁷ Note : il n'y a pas de consensus autour de la définition d'un épisode de soins ou période de traitement. Généralement, c'est la durée pendant laquelle un patient reçoit un ensemble de soins donnés en fonction d'un diagnostic lié à une maladie. Breuil-Genier considère par exemple l'information sur la maladie : « deux séances de médecin sont supposées faire partie du même épisode de soins si elles sont consacrées à la même maladie, et ne sont pas trop éloignées dans le temps ». Cette acception est dépendante du diagnostic qui, dans le contexte des prises en charge hospitalières, détermine un tarif (principe des DRG). En fonction de cette durée et du caractère chronique ou non de la pathologie (principes de la case management ou du chemin clinique), cet épisode peut être découpé en sous-parties, inter-reliées ou non. Par exemple, dans un contexte pathologie chronique, temporaire ou permanente, la prise en charge au long cours est « découpée » en séances. Les épisodes intercurrents peuvent être liés ou non au contexte chronique. Par exemple, dans le cas d'un diabète de type 2 chez l'adulte, la HAS distingue plusieurs épisodes de soins, dont certains sont critiques dans le parcours de soins du patient. Enfin, un épisode intercurrent hospitalier peut être aussi lié à une décompensation liée à une pathologie sous-jacente, non détectée à ce jour (détection « fortuite »), comme un diabète de type 2 non dépisté. Le lien entre l'épisode initial et le traitement de la chronicité par la suite ne sont pas automatique.

⁴²⁸ Breuil-Genier Pascale (2001) « Comment définir des épisodes de soins ? Une application à partir de l'enquête Santé 1991-92 », INSEE

séparation des tâches explicite, chacun utilise des outils et des médiations spécifiques (artefacts de médiation, instruments métier). Ces interventions sont régies par les règles liées à chacune des communautés de travail, qui peuvent cependant s'adapter en fonction des situations dans les limites souvent informelles propres à chaque organisation ou regroupement de communautés, vu dans son ensemble.

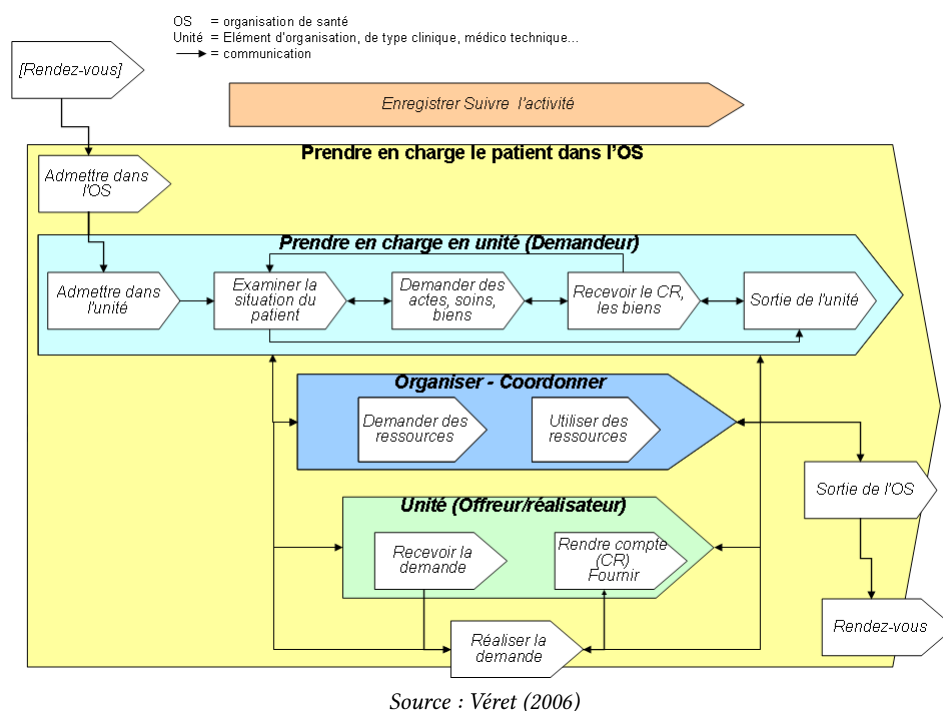
Figure 43 : La prise en charge, un cycle dynamique entre acteurs (2)



Ce modèle « à plat » est aisément critiquable. Il donne à penser que la prise en charge est une séquence de tâches préalablement déterminées et réalisées séquentiellement. Néanmoins, le « plan de soins » est un espace dynamique, généralement non déterministe puisqu'il dépend aussi du patient à la fois en ce qui concerne l'évolution de sa santé, mais aussi de sa relation aux professionnels concernés et des relations des professionnels entre eux. Enfin, sa « compliance » à mettre en œuvre la partie des soins relevant de sa responsabilité (soins et traitements au sens large, dont l'observance) a un effet non négligeable sur le déroulement de ce cycle, *a fortiori* dans un « contexte ouvert ».

Vu sous l'angle processuel, ce cycle d'interaction s'inscrit dans un processus plus complexe au cours d'une prise en charge vue comme une boucle mettant en relation des « demandeurs » et des « offreurs » de biens ou de services, qui interagissent dans un écosystème que nous appellerons « organisation de santé », l'élément d'organisation dans lequel ce processus se déroule :

Figure 44 : Un processus « générique » de prise en charge



Si ce modèle permet d'appréhender les différentes interactions entre partenaires de la prise en charge dans un « contexte fermé », il permet plus difficilement de les appréhender dans un « contexte ouvert ». D'autres facteurs entrent en jeu. Dans cet environnement, l'« organisation de santé » n'est pas un modèle figé, mais elle est adaptable et évolutive en fonction des besoins et configurations retenues pour répondre aux besoins. Ces activités donnent lieu à des échanges verbaux, non verbaux et textuels, les demandes, le plus souvent formalisées sur des formulaires propres à l'organisation ou faisant l'objet de bonnes pratiques ancrées dans les usages (prescriptions de produits de santé par exemple), les notes, les consignes, les annotations ou les résultats, les documents textuels étant regroupés au sein de dossiers pouvant contenir d'autres informations, administratives, historique ou autres. Revenons en premier lieu sur la notion de dossier d'infrastructure.

6.7.3 Le dossier et l'infrastructure informationnelle

Nous employons ici le terme de dossier volontairement au singulier. Le dossier de l'objet du processus, le « dossier du patient » dans notre contexte quelle que soit sa forme ou ses composants techniques ou technologiques (application transversale de type ERP, ou des ensembles d'applications dédiées, interconnectés ou non), est un artefact, un objet d'infrastructure interne à l'organisation de santé considérée, rarement « accessible depuis l'extérieur ». Il existe de nombreuses définitions du terme d'infrastructure. Au-delà de la vision purement physique du terme, le CNRTL propose la définition suivante : c'est le « *Support, la base indispensable à l'édification, au maintien, ou au fonctionnement d'une structure concrète ou abstraite* ».

Le dossier patient n'est pas qu'un objet figé dans le temps. C'est un outil, nécessaire à l'activité particulière d'un acteur, personne ou groupe de personnes. En référence aux travaux de Star et Ruhleder (2010⁴²⁹), nous considérons le « dossier patient », *a fortiori*

⁴²⁹ Leigh Star Susan, Ruhleder Karen (2010) « Vers une écologie de l'infrastructure. Conception et accès aux grands espaces d'information », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 4, n° 1, p. 114-161. La définition est reprise de l'ouvrage de Bowker Geoffrey C. et Leigh Star Suzan (2000) « *Sorting things out. Classification and its consequences* » The MIT press, p. 35, table 1.1

lorsqu'il est informatisé, comme étant une infrastructure du système d'information (et de l'organisation et des métiers), car il partage les caractéristiques suivantes, reprises depuis l'article des auteurs :

- Encastrement (*embeddedness*) : L'infrastructure est contenue, comme si elle était « coulée » à l'intérieur d'autres structures, arrangements sociaux et technologies ;
- Transparence : L'infrastructure est transparente pour l'utilisateur, c'est-à-dire qu'il n'y a besoin ni de la réinventer à chaque fois ni de l'assembler pour chaque tâche, tout en étant un soutien invisible de ces tâches ;
- Portée ou étendue : spatiale ou temporelle, l'infrastructure va au-delà d'un événement isolé ou d'une pratique unique ;
- Apprentissage comme bénéfice de l'appartenance : Tenir pour acquis des artefacts et des arrangements organisationnels est une condition *sine qua non* pour faire partie d'une communauté de pratiques (Lave et Wenger [1991⁴³⁰], Star [1996]). Les étrangers ou ceux qui viennent de l'extérieur rencontrent l'infrastructure comme un objet qu'il faut apprendre à utiliser. Les nouveaux participants acquièrent une familiarité naturalisée avec ses objets au fur et à mesure qu'ils y adhèrent ;
- Liens avec les conventions pratiques : L'infrastructure est à la fois façonnée et façonne les conventions d'une communauté de pratiques ;
- Incorporation de normes et standards : L'infrastructure, modifiée par la portée et souvent par des conventions contradictoires, devient transparente en puisant dans d'autres infrastructures et outils de manière standardisée ;
- Construite sur une base installée : L'infrastructure ne vient pas de rien. Elle lutte contre l'inertie de la base installée et hérite des forces et limites de cette base. Par exemple, les fibres optiques qui longent les anciennes lignes de chemin de fer sont de nouveaux systèmes conçus pour être compatibles avec l'ancien. Ne pas se plier à ces contraintes pourrait être fatal ou conduire à détourner les nouveaux procédés de développement (Hanseth, Monteiro et Hatling, 1996⁴³¹) ;
- Enfin, elle devient visible au moment d'une défaillance : invisible quand elle fonctionne, elle devient visible quand elle est défaillante : le serveur se plante, le pont s'effondre, l'électricité est coupée. Même lorsqu'il y a des mécanismes ou des procédures de secours, leur existence ne fait que mettre en lumière l'infrastructure devenue visible.

La défaillance est la caractéristique la plus visible lorsqu'elle survient. Nombre d'utilisateurs s'aperçoivent de l'utilité de leur système et de sa nécessité lorsque celui-ci fait défaut. Dans le contexte de la santé, celles-ci peuvent être critiques.

Berg et Bowker (1996, Op. cit.), introduisant Michel Foucault et son ouvrage « *Naissance de la clinique* », indiquent que le dossier médical est fondamental tant pour la production des connaissances (pour la médecine moderne et son regard sur ce qui est maintenant considéré comme une maladie) que pour les activités quotidiennes (dont le soin ou la santé) des organisations. La médecine moderne ne peut s'envisager sans ce nouvel intermédiaire,

⁴³⁰ Selon le modèle des communautés de pratiques. Selon ces auteurs, « l'apprentissage en milieu de travail est un processus de participation dans une communauté de pratiques. Cette participation, initialement périphérique, s'accroît avec l'engagement envers la communauté et les interactions avec les autres membres. L'engagement est au cœur de la communauté et de l'apprentissage ». Lave Jean, Wenger Étienne (1991) "Situating Learning: Legitimate Peripheral Participation" Cambridge: Cambridge University Press. Pour Wenger (1998), trois dimensions structurent ces communautés : un engagement mutuel, une entreprise commune (partage et complémentarité entre les membres grâce à leurs interactions, leur aide et leur soutien au sein de la communauté), un répertoire partagé, à entendre comme un ensemble de ressources permettant aux membres de communiquer, de partager des connaissances et de résoudre des problèmes. Ces ressources peuvent être diverses, littérales ou symboliques. Wenger Étienne (1998) "Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity" Cambridge: Cambridge University Press

⁴³¹ Hanseth Ole, Monteiro Éric, Hatling Morten (1996) "Developing information infrastructure: The tension between standardization and flexibility" *Science, technology & human values*, vol. 21, n° 4, pp. 407-426.

support de l'écrit, « cascade d'inscriptions », que représentent le dossier médical et, plus généralement, le dossier (de santé) du patient.

Hanseth et Monteiro (1998⁴³²) considèrent que nombre de projets d'informatisation des dossiers des patients échouent parce qu'ils ne tiennent pas compte des infrastructures existantes (Ndr. et de leurs habitudes d'usage). La « digitalization » des communications, le passage des technologies de l'information à celles des technologies de l'information ET de la communication, renforce l'importance de ces infrastructures de l'information et de la communication qui sont plus que des outils technologiques interconnectés.

Ce dossier est un artefact donnant une « image » plus ou moins fidèle et complète d'un patient, dans une organisation donnée, associée aux activités liées aux soins ou la santé. En 1968, Weed⁴³³, constatant déjà la frustration engendrée par les formes multiples des notes liées à un patient, insistait sur :

- Le développement nécessaire d'une approche plus organisée du dossier médical (approche centrée sur les problèmes⁴³⁴, organisation des « notes narratives », organisation des variables multiples et de leur présentation, notion de temporalité) ;
- La nécessité d'une meilleure acceptabilité et d'une meilleure utilisation de ce dossier, aussi bien par le personnel paramédical que par le personnel médical, avec son renseignement et son utilisation systématiques et ;
- La nécessité d'une attitude plus positive des professionnels de santé vis-à-vis de la présence des ordinateurs en médecine et dans les soins.

Pour chaque praticien, ces trois éléments devant constituer une part obligatoire de son environnement professionnel jouent aussi un rôle significatif dans la prise en charge globale des soins.

6.7.4 *Le dossier et l'Informatique médicale*

Si le terme « informatique », néologisme formé avec les mots information et automatique, apparaît en France en 1962, le terme d'Informatique médicale, Medical Informatics en est la traduction anglaise, apparaît au début des années 1970. L'informatique médicale résulte de l'intersection entre les termes de médecine, en tant que domaine de la recherche, et d'informatique, en tant que méthodologie utilisée et outils associés. Elle a ainsi pour objectifs de développer et d'évaluer les méthodes et les systèmes pour acquérir, traiter et interpréter les données des patients, les ordinateurs étant (ou n'étant que) les supports de ces objectifs. Les hôpitaux les plus avancés à l'époque étaient Genève (Jean-Raoul Scherrer), La Pitié Salpêtrière à Paris (François Grémy, créateur du cursus sur les applications médicales de l'informatique en 1966), Hanovre (Peter Reichertz) ou quelques développements communautaires en Suède (Hans Peterson) pour les Européens. Ces principaux acteurs sont souvent présentés comme les « pères fondateurs » de l'informatique médicale en Europe. Il convient néanmoins de citer les développements du langage MUMPS au Massachusetts General Hospital à la fin des années 1960, langage pour lequel la portabilité a été prise en compte dès sa conception. Son usage a par ailleurs été étendu à d'autres domaines, comme les finances.

⁴³² Hanseth Ole, Monteiro Éric (1998) "Changing irreversible networks" ECIS, article disponible sur la [page Internet](#) d'Éric Monteiro à la Norwegian University of Science and technology

⁴³³ Weed Lawrence L. (1968) "Medical records that guide and teach" *New England Journal of Medicine*, Vol. 278.

⁴³⁴ Il existe d'autres approches, centrées sur les sources (visite, résultats de laboratoire, d'imagerie), avec une orientation temporelle, etc. L'intérêt des dossiers électroniques est de permettre ces vues multiples en fonction des besoins. Cette « structure de surface » est normalement indépendante de la « structure de fond », ce que ne permet pas le dossier papier par exemple.

Le *Technical committee on medical informatics* (TC4) a été créé par Grémy en 1967, avec le support de l'International Federation for Information Processing (IFIP) créée par l'UNESCO en 1960. Le sujet de fond du TC4 était le développement des méthodes et applications informatiques appliquées à la santé. Son premier meeting eut lieu à Paris en 1968. En 1970, le congrès de Lyon concernait le traitement informatisé des dossiers médicaux. Devant l'importance croissante des travaux et des avancées liés au sujet de l'informatique médicale, le TC4 se transformera en International Medical Informatics Association (IMIA) à la suite du premier congrès d'informatique médicale à Stockholm en 1974, sous l'impulsion de F. Grémy.

En 1979 à Berlin, la seconde *International conference on medical computing* à Berlin indiquait dans son introduction que l'informatique médicale, qui n'avait pas produit les effets escomptés, était à un tournant. Grâce à la diminution des coûts des matériels informatiques et la mise en œuvre des moyens de communication (la télématique en France), le traitement de l'information médicale allait devenir accessible et partagé. Ainsi, Barber, Grémy, Überla et Wagner (1979⁴³⁵) indiquent dans la préface :

“... The combination of these two main hardware achievements for which some neologisms have been invented—‘compunication’ in the USA and ‘télématique’ in France—will lead to a completely new way of processing data which may be called ‘distributed informatics’.

This progress in hardware will be accompanied by a less spectacular but very significant progress in software. New programming languages, new man-machine languages and artificial intelligence techniques will allow the modeling of very complex and highly dynamic systems.

The medical impact of all these technological advances cannot be overestimated. Microprocessing, already helpful in the field of medical instrumentation, will be applied both in the field of prostheses—a tremendous promise for many handicapped persons—and in the management of the small individual data banks of medical practitioners. Distributed informatics will permit consultation to take place at a distance from the data and knowledge banks, etc. But the main impact of data processing in medicine will probably be cultural rather than purely technological.

Medicine is currently passing through a crisis, its symptoms being the trend towards more and more specialization, the universal failure of medical training, the spiraling costs of healthcare not accompanied by any significant progress in health indicators for the population concerned.

At the root of this crisis, we find the inflation of information, the avalanche of knowledge and data. How to master information is one of the main problems that modern medicine has to face.

Indeed, the medical way of reasoning has made no significant progress since Laennec, and the gap between the increasing volume of facts and the knowledge required to make use of them is becoming broader and broader.

Information science can and will help to fill this gap, providing medicine with effective ways to master information. As a result of its demands on the intellect and its reliance on logic, it will help to create a new and necessary medical discipline, ‘methodology of medical action’, and thus make a major contribution to solving this part of the crisis of modern medicine.

This may lead to a very definite change in the intellectual attitude of the medical profession which may become a significant aspect of the Cultural Revolution that medicine demands.”

⁴³⁵ Barber Gregory B., Grémy François, Überla Karl, Wagner Rudolf G. (1979) “Lecture notes on Medical Informatics” Springer-Verlag, Edited by Donald A. B. Lindberg and Peter L. Reichertz, preface, p. III

En Allemagne, pour Reichertz (1987⁴³⁶), l'informatique médicale et son rôle possible dans la gestion du corpus de la connaissance médicale, à la fois pour la recherche, mais aussi pour les programmes d'enseignement de la médecine, sont plus que la science informatique appliquée à la médecine, plus que le traitement des données médicales. Il y considèrerait aussi l'implication de plus en plus importante du patient : *"The more a patient is able to 'ask' a system himself regarding a certain diagnosis, or treatment, the more he will do so, either to avoid contact with the physician or to monitor his decision or action. The medical community will have to face that the borderline between the physician and the patients will move away from the traditional 'knowledge ditch' which separates the provider from the consumer of healthcare."* (Ibid.)

En 1997, Van Bommel définit l'informatique médicale ainsi : *"Medical Informatics comprises the theoretical and practical aspects of information processing and communication, based on knowledge and experience derived from processes in medicine and healthcare."* Elle est donc vue à la fois comme une démarche, mais aussi comme une discipline à part entière. Ce champ, tout comme celui, plus général, de l'informatique et des systèmes d'information, est particulièrement vaste aujourd'hui. Pour l'informatique de santé (Healthcare Informatics⁴³⁷), abordée sous l'angle de la normalisation, pas moins de 200 normes sont référencées sur le site de l'ISO par le groupe de travail TC-215 (TC-251 au CEN).

Sanjay et al. (2009⁴³⁸) recensent pas moins de 36 définitions différentes du terme « medical informatics » entre 1977 et 2003, la majeure partie concernant la technologie. Ils proposent la définition suivante : *"Medical informatics is knowledge domain of computers and information science that originates from the intersection of medicine and information technology in all fields of health and medicine. It deals with medical information management tasks like storage, cognition, information processing, retrieval, optimal use of biomedical information, data and knowledge to further research, to improve accuracy, timeliness and reliability of medical problem solving and decision-making processes. This is achieved by the application of computers and associated technologies."* Nous y voyons ici un glissement vers la technologie (... computers ... information technology...) obérant d'autres sujets, ce qui nous semble limitant ou limité.

Enfin, si l'informatisation de la santé, dans son ensemble, semble clairement être en place, des auteurs comme De Lusignan (2003⁴³⁹), en référence au concept de « *medical informatics* », s'interrogent sur ce que peut être le « *Primary Care Informatics* ». Selon De Lusignan, la nature unique des soins primaires diffère des approches traditionnelles de l'informatique médicale, tel qu'elle est abordée et mise en œuvre depuis de nombreuses années. Dans la majorité des cas, cette discipline reste principalement focalisée sur les principaux fournisseurs de données disposant des moyens informatiques associés, les hôpitaux ou les organisations assimilées (Ibid., p. 307, tableau 2) et leurs besoins propres. Dans ces définitions, les soins de santé (Health Care) y sont toujours vus comme un processus, mais jamais comme l'état d'une personne à un moment donné dans son environnement. La finalité initiale, venir supporter les activités de soins en y intégrant le patient semble avoir été oubliée.

⁴³⁶ Reichertz Peter L. (1987) "Preparing for change: concepts and education in medical informatics." *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, vol. 25, pp. 89–102

⁴³⁷ Ce terme regroupe un ensemble de « sous-spécialités » allant de l'informatique clinique à l'informatique dédiée à la santé publique, et toutes leurs variantes intermédiaires, orientées patientes, métier, épidémiologie, économie...

⁴³⁸ Sood Sanjay P., Keeroo Sandhya, Mbarika Victor W.A., Prakash Nupur, Seth Ankur (2009) "Medical Informatics: Thirty-Six Peer-Reviewed Shades." In *Handbook of Research on Distributed Medical Informatics and E-Health*, ed. Lazakidou Athina A. and M. Siassiakos Konstantinos M., Chap 1, pp. 1–16.

⁴³⁹ De Lusignan (2003). *Op. cit.*

Nonobstant ces remarques, les dossiers médicaux « modernes » sont à la fois la source et les résultats de cette informatique médicale. Pour bien mesurer l'importance de la place des dossiers électroniques (médicaux, patient...), Van der Lei (2002⁴⁴⁰) nous rappelle que trois principes de base doivent être compris :

- Les données enregistrées dans des systèmes informatisés peuvent (doivent) être « facilement » récupérées et réutilisées pour de nombreuses finalités ;
- Ainsi enregistrées, elles peuvent être transportées facilement ;
- Comme les médecins et les patients utilisent des ordinateurs pour enregistrer ces données, un même enregistrement électronique peut être utilisé pour créer de nouveaux programmes qui interagissent avec leurs utilisateurs.

Néanmoins, chaque nouvelle utilisation engendre des exigences particulières. Vest (2012⁴⁴¹) nous rappelle aussi que le passage aux dossiers informatisés a souvent été effectué dans des systèmes principalement construits pour répondre aux besoins internes des organisations, sans trop se préoccuper de l'intérêt de partager ces informations liées aux patients avec les autres organisations de soins ou de santé.

In fine, ce dossier est aussi le reflet de la structure dans laquelle le patient est pris en charge, de ses règles, de ses routines sociales... “... *medical records do not have to do a single job; they have to be configured in such a way that a set of different organizations are serviced by them. To borrow the vocabulary of information science, they have to serve as an 'infrastructure' (Star and Ruhleder, 1996) to a set of organizations and do so in such a way that these organizations can use the medical records in conjunction with other records that they generate...*” (Berg et Bowker, 1997⁴⁴².)

En ce sens, le dossier est aussi le fruit du travail d'organisation (TO) que De Terssac (2003⁴⁴³) décrit comme « *la manière dont les acteurs, dans un contexte particulier, se mobilisent pour inventer des solutions singulières face à un problème particulier et pour mettre en place des dispositifs pour régler leurs échanges : le TO est une activité, l'activité de mobilisation et d'engagement pour résoudre un problème et pour gérer les interactions et les interdépendances entre les acteurs* ».

En France, la constitution du dossier est régie par l'article R 1112-2 pour les établissements de santé publics ou privés. La série des articles R 1112-1 et suivants fixent, entre autres, son cadre d'utilisation et de conservation. Malgré une relative « uniformité », chaque organisation a plus ou moins ses propres habitudes concernant ses dossiers, et sa communication (quantitative et qualitative).

Nous avons bien souvent constaté que les acteurs (professionnels) raisonnent communément en « contenant », en imposant plus ou moins sa définition, plus qu'en matière de « contenu », le besoin et les représentations, imposant souvent les deux (application spécifique). Nous considérons que si la définition du contenu et de ses formes de représentation est bien du rôle des utilisateurs, le contenant, sa forme et les moyens technologiques mis ou à mettre en œuvre pour le contenant relève d'autres disciplines, sans pour autant y voir d'exclusive.

⁴⁴⁰ Van der Lei Johan (2002) “Closing the loop between clinical practice, Research and education: The potential of electronic patient records” *Methods of Information in Medicine*, Schattauer Publishers, vol. 1/2002

⁴⁴¹ Vest Joshua R. (2012) “Health information exchange: national and international approaches” in *Health Information Technology in the International Context*, Menachemi Nir et al., Emerald, Vol. 12, pp. 3–24

⁴⁴² Berg Marc, Bowker Geoffrey (1997) “The multiple bodies of the medical record.” *The Sociological Quarterly*, vol. 38, n° 3, p. 529.

⁴⁴³ De Terssac Gilbert (2003) « 7. Travail d'organisation et travail de régulation », in Gilbert De Terssac, *la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud, La Découverte « Recherches », 2003, p. 122*

Le DMP, que l'on peut présenter comme un dossier longitudinal, inter-organisations, doit rassembler l'ensemble des informations mises à disposition sous forme unitaire ou synthétique, liées à un même patient, mais administrées par des organisations diverses. Cela sous-entend aussi que le rôle et les finalités de ce dossier centralisé sont définis clairement et sans ambiguïté, par rapport aux dossiers des organisations, à ceux de la recherche (santé publique, épidémiologie, etc.), aux vigilances, à ses utilisations, à la gouvernance du système de santé..., par rapport aux professionnels de santé chargés de l'alimenter ou de le consulter (quantité, qualité et pertinence des informations), etc., et aussi par rapport au patient. Sa construction, à l'instar des dossiers « d'organisation », est dynamique et se fait à partir des données de santé du patient. Son contenu varie en fonction des patients, selon le temps, l'évolution de leur santé, de la contribution des professionnels, mais aussi des techniques et technologies. Dans cet environnement se pose la question de la nature même de l'information mise à disposition, fortement dépendante des situations de prise en charge. Il semble que jusqu'à lors, il a été défini comme un contenant générique pour lequel la construction du sens et l'imprégnation dans les organisations semblent avoir été plus ou moins oubliées, en dehors de l'approche coercitive, au moins pour les principaux intéressés. De là à se transformer en infrastructure...

Dans nos définitions ci-après, associées aux notions de « contexte fermé » ou de « contexte ouvert », nous n'avons pas pour objectif de définir ce que peuvent les différentes formes d'organisation ou ce que peut être un réseau. Nos définitions font référence à la liberté d'action ou son absence et à la dynamique associée, vues du parcours, des patients et des professionnels de santé qu'ils sont amenés à rencontrer.

6.7.5 Le « contexte fermé »

Par « contexte fermé », nous entendons une organisation de santé regroupant un ensemble de services à même d'assurer le cycle complet de la prise en charge (un ou plusieurs épisodes de soin). Nous les assimilons ici, toutes proportions gardées, aux sociétés closes de Bergson. Ce peut aussi bien être un hôpital qu'une « structure plus légère » comme un réseau, une filière particulière ou une prise en charge de type HAD ou liée à une pathologie spécifique (cancérologie p. ex.), mais qui correspond toujours à une organisation de santé, à un système organisationnel défini et préétabli, « formel », voire « institutionnel ». Dans cet environnement, la personne soignée est « captive » de l'organisation de santé qui la prend en charge, elle ne peut (pratiquement pas) choisir les « offreurs ». Sa prise en charge dépend des interrelations entre demandeurs et offreurs dans lesquelles elle ne peut pas, en principe, intervenir.

Ce contexte correspond principalement au « niveau 3 » de notre schéma page 187. Le « dossier » est alors un élément de l'infrastructure de l'organisation, dont le niveau de partage et les échanges « avec l'extérieur » dépendent de cette organisation.

Vu « de l'extérieur », les seules données disponibles ou résultant des interactions sont celles :

- Fournies à l'entrée, éventuellement transmises par le partenaire en amont de la prise en charge, le patient en assurant ou non la transmission et le complément.
- À la sortie, certaines données peuvent être remises au patient à destination de l'aval ou transmises directement au correspondant à l'initiative ou non de la prise en charge (médecin traitant p. ex.). En France, cette transmission correspond généralement à la lettre de sortie d'hospitalisation dans un contexte de prise en charge « complexe ».

Nous intégrons ici les réseaux de santé au sens de l'article L6321-1 du Code de la santé publique. Ce sont des réseaux mono ou pluri-thématiques, généralement constitués autour d'un problème ou d'une pathologie, tel qu'ils ont été définis initialement par la Loi du 4 mars 2002. Ils étaient financés par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) jusqu'en 2014 (718 réseaux en 2008). Ils le sont maintenant par le fonds d'intervention régionale (FIR). En 2014, 582 réseaux ont été financés par ce fonds.

Un tel réseau se définit comme suit :

- Il ne peut s'apparenter ni à une organisation hiérarchisée ni à un ensemble informel de relations entre individus, il se situe entre les deux. Il nécessite une formalisation de ses objectifs, au regard de son champ d'action, et de son mode de fonctionnement. Il possède un pilote bien défini. L'alinéa 2 de l'article D.6321-7 du Code de la santé publique précise que, pour chaque réseau de santé, « *tous les trois ans ainsi que, le cas échéant, au terme du projet, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs ; la qualité de prise en charge des usagers, processus et résultats ; la participation et la satisfaction des usagers et professionnels du réseau ; l'organisation et le fonctionnement du réseau ; les coûts afférents au réseau ; l'impact du réseau sur son environnement ; l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles.* »
- Il doit impérativement posséder une dimension sanitaire, mais cette dimension n'est pas exclusive, car elle inclura, le plus souvent, une dimension médico-sociale ou sociale ;
- Il est par nature pluridisciplinaire. Il réunit les acteurs nécessaires à une prise en charge globale et un suivi au long cours des patients.

Les autres structures comme les filières, etc. s'insèrent généralement dans leur « organisation mère » qui en assure les moyens ou la pérennité. Nous intégrons aussi dans ce contexte les réseaux à caractère associatif ou équivalent.

Pour notre étude, cet ensemble d'organisations constitue « une boîte noire », un contexte fermé, pour ce qui concerne les communications.

6.7.6 Le « contexte ouvert »

Si une organisation est selon Friedberg (1993) un système d'action organisé, socialement et stratégiquement construit, structuré et structurant, la stratégie consiste ici à créer ou, le plus souvent, à activer et orienter les liens tissés entre des acteurs au service d'un projet, la prise d'un patient pour une ou des problématiques de santé.

Cette organisation réticulaire, en référence à la notion de réseau, s'inscrit dans la notion « d'Organizing » de Weick. En dehors de toute querelle de terminologie relative aux réseaux, filières et autres formes d'action organisée plus ou moins formellement ou plus ou moins institutionnalisée, nous distinguons cette forme d'organisation de la précédente en raison de sa dynamique et de sa plasticité, dans le sens où elle n'a pas de caractère « institutionnel », mais repose la plupart du temps sur les connaissances, les relations ou les affinités qu'entretiennent les différents acteurs. Ils se fondent donc à la fois sur des critères objectifs, la qualité ou la fonction de l'acteur, mais aussi sur des critères subjectifs (ressenti, relations, etc.), car « *ni leur création ni leur évolution ne reposent sur aucune loi universelle, sur aucune nécessité ou tendance historique* » (Crozier et Friedberg, 1977⁴⁴⁴). Les stratégies d'action et de coopération sont le plus souvent déterminées par le pivot de la prise en

⁴⁴⁴ Crozier Michel, Friedberg Erhard (1977) « L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective. », Éditions du Seuil, Paris

charge, le patient pouvant à tout moment les remettre en cause par ses actions ou son comportement. La relation entre le patient et le médecin est le fondement de toute médecine. Elle résulte d'un équilibre à la fois fragile, puisque réversible, et fort, car fondée sur les résultats attendus et les liens de l'affect. Enfin, les dynamiques spatiales et temporelles ne sont ni déterministes ni figées. C'est une combinaison virtuelle d'acteurs et de supports de communication reliant ces acteurs qui se construit et se reconstruit dans l'action comme réponse intentionnelle, mais toujours provisoire de coopération. C'est une forme en structuration dynamique permanente, relationnelle et distribuée où la question de la diversité sociale (hétérogénéité des connaissances ou des représentations et valeurs ainsi que les objets, dispositifs ou outils qui sont conçus) et cognitive est critique⁴⁴⁵.

Nous appelons ce contexte ouvert un réseau informel. Plus exactement, c'est une organisation réticulaire informelle. Les transactions entre agents s'effectuent alors au sein de ce système ouvert, ce qui n'empêche aucunement les interactions entre acteurs, interactions dans lesquelles le patient peut jouer un rôle actif ou non.

Dans cet environnement, la ville, par exemple, principalement les niveaux 1 et 2 de notre schéma page 187, mais aussi les relations avec le niveau 3 comme dans le cas des maladies chroniques, le patient (demandeur) dispose de la liberté de choix de l'offreur (simple ou complexe, tout comme celui qui prend en charge les soins peut « choisir le demandeur », bien que cela soit théoriquement répréhensible du point de vue déontologique), tout au long du cycle de prise en charge. L'organisation de santé peut alors être vue comme une organisation « ouverte », un réseau dynamique, coconstruit ou non, l'organisation du parcours et sa coordination relevant alors le plus souvent du patient lui-même ou de son entourage, avec ou sans l'aide et les conseils de l'initiateur du cycle et du parcours (coordination). La communication peut y prendre toutes les formes possibles, tout comme l'utilisation des TIC et la mise en commun ou le partage de dossiers.

Il est possible d'assimiler cette forme d'organisation à celle d'un projet, terme que l'on retrouve aujourd'hui dans la santé sous différents vocables, projet thérapeutique, plan personnalisé de santé, etc.

6.7.7 *Et leurs influences sur les interactions*

Dans l'organisation de notre système de santé (système assurantiel), la liberté de choix est l'une des valeurs inscrites dans les textes et défendues par les patients et les professionnels de santé, la notion de « gatekeeper » étant « partiellement » mise en œuvre, « *Tout individu est libre de choisir son médecin traitant, un spécialiste en accès direct, son établissement de santé, ceci dans le secteur public comme dans le secteur privé*⁴⁴⁶. »

Dans le cas des systèmes nationaux de santé (voir page 55), la liberté de choix est plus ou moins restreinte en fonction de leur organisation et du passage normalement obligé par un « gatekeeper ». Dans les systèmes de santé libéraux, elle dépend des formes d'organisation et des conditions d'accès du patient aux soins. De façon succincte, dans le cas du Managed Care (ou Managed Health Care), les patients adhèrent à une organisation de soin. Le « gatekeeper », généralement un médecin généraliste (le médecin de famille), assure l'organisation et la coordination de la prise en charge et du parcours auprès du réseau constitué des différents « offreurs » constitutifs de l'organisation support (HMO, PPO, EPO...). Dans les deux cas précédents, le « dossier » peut être un élément partagé pour tout ou partie dans l'ensemble de l'organisation considérée.

⁴⁴⁵ Adapté à partir de différentes sources, dont Grenier Corinne, Pauget Bertrand (2007) « Le pilotage normatif d'un réseau de santé », AIMS, XVIIe Conférence Internationale de Management Stratégique, Montréal, 6-9 Juin 2007

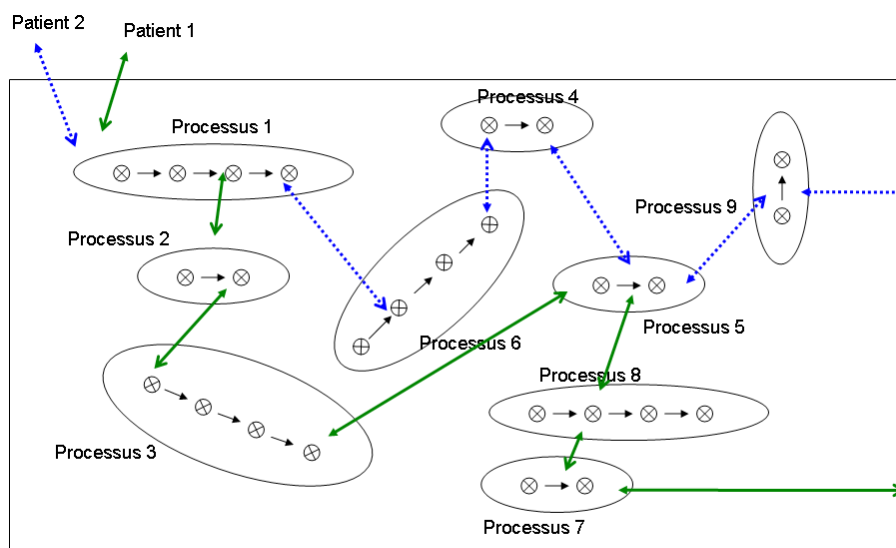
⁴⁴⁶ Ministère de la Santé « Organisation du système de soin », [Site Internet](#)

Ainsi, dans une situation donnée, les schémas d'interaction varient en fonction de l'environnement dans lequel se situe la prise en charge, des acteurs, des agents, ou des besoins. Dans nos approches, nous avons considéré les processus de soin comme « des îlots de stabilité », à un moment donné, pour la prise en charge d'un patient, indépendamment du temps, voire de l'espace, chaque îlot pouvant être ou non une organisation « stable » (constituée par une organisation ou un groupement d'organisations), ou un système « ad hoc », mis en place de façon permanente ou temporaire. Un îlot est en quelque sorte un système ouvert et fermé, un îlot de probabilité d'action et de stabilité dans un environnement complexe, instable et improbable, d'ordre et de désordre.

Ce système « ad hoc » est par ailleurs mis en place au sein d'une organisation en fonction de l'étendue de ses capacités « techniques » (ressources), de sa flexibilité, ou des deux et du besoin du patient. Ce système est cependant contraint par la structure de cette organisation tant au plan physique que par celle résultant des ajustements entre les différentes entités qui la composent.

Le système ainsi constitué correspond à un ensemble de processus (les îlots correspondent à une organisation « stable » au cours d'une prise en charge) en interrelation au sein d'un réseau dynamique permettant la prise en charge d'un patient. Ainsi formée, cette organisation en réseau se démarque de la représentation « classique » d'un réseau vu comme une organisation. En adaptant l'approche de Claveranne et Pascal (2004⁴⁴⁷), nous l'avons illustré avec le schéma proposé ci-après. Sous la forme d'un « réseau dynamique », l'élément d'organisation devient « une variable » pouvant évoluer en fonction des besoins de la prise en charge du patient.

Figure 45 : L'organisation en tant que réseau dynamique (1)



Adapté d'après JP Claveranne/C. Pascal Repenser les processus à l'hôpital - 2004

Nous pouvons ici faire le parallèle, non fortuit, avec la notion de projet. Un projet présente un caractère dual, à la fois défini comme une intention, un objectif à atteindre, mais qui ne l'est pas encore, mais aussi comme la réalisation en cours, le passage de l'intention à l'action, le processus qui permet la réalisation de l'intention. Un projet se caractérise par son unicité, sa singularité (le contenu des actions à mener, le contexte dans lequel se déploient ces actions), sa temporalité (sa délimitation dans le temps, le temps est aussi à la fois un objet, une contrainte et une ressource) et son irréversibilité (le projet se détruit au fur et à

⁴⁴⁷ Claveranne Jean-Pierre, Pascal Christophe (2004) « Repenser les processus à l'hôpital : Une méthode au service de la performance », Medica éditions.

mesure de son déroulement). Il est ouvert à l'incertitude et il a une forte dimension collective. En ce sens, il se caractérise par sa transversalité et la combinaison de compétences au fil de son déroulement. Sa force est de pouvoir combiner des compétences multiples et hétérogènes pour atteindre un objectif qu'aucune compétence, prise isolément, n'aurait pu atteindre. L'équipe projet, plus ou moins formelle, plus ou moins connue à l'avance, représente la façon la plus classique de réunir des contributeurs de différentes expertises qui n'ont pas vocation à rester ensemble au-delà du terme de leur mission.

Un projet met en relation plusieurs niveaux de lecture simultanée, mettant en évidence son caractère multidimensionnel, plusieurs dimensions concernant le projet lui-même :

- Une dimension technique par sa capacité à réunir ou à organiser les compétences et expertises nécessaires ;
- Une dimension méthodologique, par l'organisation de l'action collective (délégation, organisation, suivi...) ;
- Une dimension managériale avec l'animation (plus ou moins lâche) de cette équipe plurielle pour créer, temporairement, une dynamique collective, et ;
- L'environnement dans lequel il se situe avec les dimensions stratégiques, politiques et symboliques, du projet, des acteurs... dimensions auxquelles il convient d'ajouter les dimensions culturelles et cognitives.

Enfin, un projet « induit » aussi une dynamique de changement, d'innovation ou de mouvement, par les contradictions inhérentes à son activité qu'il ne manque pas de « provoquer ».

L'une des difficultés induites par les représentations comme celle de la page précédente est qu'elles supposent un système organisé, topologique, préétabli, alors que, dans notre contexte, il s'agit de donner une illustration de la formule de Minvielle précédemment citée « *Chaque patient suit une trajectoire qui lui est propre... résultante complexe des interactions des différents acteurs participant à la prise en charge de la maladie, des actions qu'ils entreprennent pour tenter d'en maîtriser le déroulement et l'évolution naturelle de la maladie* ». Pour reprendre Taylor, ce qui nous intéresse, c'est « *l'agglomérat de relations*⁴⁴⁸ » et son évolution dynamique.

6.7.8 *Processus, notre approche*

Avant de préciser notre modèle d'interaction qui a abouti au schéma proposé page 187, nous précisons ci-après quelques définitions complémentaires permettant de structurer notre modèle global. Dans le cadre de nos études précédentes, nous avons défini le processus de la façon suivante :

« *Un processus (métier, ou opérationnel, ou d'affaires) est :*

- *Un ensemble d'actions contenues dans des Activités, réalisées par des acteurs.*
- *Il se déroule dans un élément d'organisation.*
- *Il concerne un ou des objets (un patient, une demande, etc. [Davenport, processus d'affaires]), pour lequel est réalisé le processus, participant à une situation initiale jusqu'à une situation finale ;*
- *Qu'il prend en charge depuis une situation de départ vers une situation d'arrivée (objectif) ;*
- *Selon une connaissance particulière (sur l'objet et sur les actions métier) ;*
- *Il fonctionne grâce à des ressources fournies par le processus-support, dont le "Dossier" de l'objet du processus.*

⁴⁴⁸ Taylor (1993) Op. cit.

- *Un processus met en œuvre :*
 - *Une Politique de coopération (demande, engagement, compte-rendu, etc.) mise en œuvre au travers de rôles de coopération (demande - offre) ;*
 - *Une Politique de sécurité (autorisation de faire, d'accéder... de garantir une information fiable, fidèle, pérenne et indélébile⁴⁴⁹, etc.).*
- *Son activité est gérée en relation avec :*
 - *Les Processus de pilotage et de supervision (relation de management dont la définition des politiques : stratégie, technologie et innovation, plan, budget, décision, mesure) ;*
 - *Les Processus de contrepartie (dont la facturation, les imputations ou la gestion des engagements à faire [contrats formels ou informels] et faits) ;*
 - *Elle est mise en œuvre et mesurée au travers de Métriques et d'indicateurs (lien avec le pilotage et la déclinaison d'objectifs, stratégiques, managériaux et opérationnels). »*

Ces processus opérationnels (ou processus d'affaires) contribuent à la réalisation, pour tout ou partie, d'un produit ou d'un service, consommant et produisant, entre autres, de l'information. Ils sont dans « le faire » de l'organisation, selon une approche transversale et le domaine concerné. Les processus de pilotage ou de supervision ont une relation de management, la « contrepartie » s'occupant de la gestion de la « transaction ». Dans ce modèle, c'est l'acteur qui porte la responsabilité de l'action et de son exécution. Selon la complexité de l'action à réaliser et le niveau de granularité choisi, cet acteur (entité) peut être seul ou correspondre à une équipe. Ce peut être une personne, ou un objet technique, autonome ou non, auquel l'action a été déléguée. Par exemple, dans un contexte de soin, si l'on souhaite la surveillance « continue » d'un paramètre, le responsable de l'action aura « délégué » celle-ci à un dispositif technique spécifique.

Les processus-support viennent en appui du processus opérationnel, par la fourniture de :

- Ressources physiques (équipements, localisation, capacités, disponibilité, usage et utilisation...)
- Ressources financières. Elles sont inductrices de dépenses ou de recettes, au sens large, de façon directe (règlement) ou indirecte, permettant, par le biais de calculs ou de règles de gestion, d'aboutir, dans le cas d'un patient, à l'élaboration des éléments nécessaires aux suivis financiers (ensemble des débiteurs), médico-économiques, analytiques, etc. relatifs à un ou plusieurs épisodes de son parcours, intra ou inter organisation de soins ;
- Ressources humaines, en relation avec les personnes (localisation, capacités, compétences, disponibilité [lien avec la gestion RH]...) et les connaissances tacites, explicites ou implicites en lien avec l'objet du soin (les données « utiles du patient », de sa ou ses pathologies et traitements, sa connaissance, son histoire), mais aussi la ou les connaissances mobilisées lors de la prise en charge (connaissance métier, professionnelle, académique, expertise, etc.)
- Le système d'information est une ressource transversale du processus opérationnel, des processus support et de pilotage. C'est une infrastructure de l'organisation.

⁴⁴⁹ Ces critères s'inscrivent dans la réforme du 13 mars 2000 (Loi 2000-230) concernant les écrits électroniques. Ils s'appliquent notamment aux archives, Fiabilité : la source à l'origine du document doit pouvoir être identifiée. La signature électronique dont l'application a été définie par le décret du 31 mars 2001 (2001-272). Fidélité : soulève la question de la copie. Les altérations du document doivent être impérativement tracées. Pérennité : concerne l'accessibilité dans le temps, indépendamment du support. Toute modification du support doit préserver les deux premiers critères. Indélébile : sous-entend la capacité d'accéder, lire, interpréter et utiliser le document, au moins sur sa durée de vie légale, en respectant les trois premiers critères.

Vues sous un autre angle, les ressources peuvent être matérielles (physiques et financières...) ou immatérielles (connaissances individuelles [dont les compétences, le savoir-faire, etc.] ou collectives partagées, mais aussi les référentiels nécessaires à l'organisation, internes et externes, spécifiques [classes d'objets particulières par exemple] ou génériques [utilisables par tous]).

À l'échelle du processus ou des activités, les ressources revêtent un caractère de permanence : personnel, patient, données et informations, « dossiers », équipements... ou elles sont « consommables » ou se transforment. Présentes en entrée d'une (de) activité, elles peuvent l'être également en sortie à destination de l'action (activité ou processus) suivante et elles peuvent être ou non transformées. Ces ressources, notamment physiques, peuvent être simples (une seringue, un formulaire...) ou composites (poste de soins, bloc, etc.). Elles sont identifiables et devraient être mesurables (éléments d'une activité au sens pilotage/contrepartie).

Enfin, en intégrant la notion de transversalité, ce modèle « traverse » les fonctions, les départements, les services, les hiérarchies... Il est aussi déclinable par récursivité, du niveau macro, vers le niveau micro. Comme nous l'indique Joliot (2003⁴⁵⁰), « *Si la notion d'activité indique le fait qu'un processus est directement décomposable à un niveau inférieur en plusieurs sous-parties, on observe la récurrence de ce principe... Une activité est souvent un processus qui se décompose lui-même en activités...* » Cette décomposition a cependant des limites que nous abordons dans la théorie de l'activité.

Processus et objet

Un processus concerne un Objet (un patient, une demande, etc.), pour lequel est réalisé le processus, en participant à une situation initiale jusqu'à une situation finale, objet qu'il prend en charge depuis une situation de départ vers une situation d'arrivée (objectif). Cet objectif peut être comparé avec la situation réellement atteinte. Par exemple, dans le processus de soins, le patient (avec sa connaissance et son environnement [physique, physiologique, physico-chimique, social, etc.]) constitue la situation que le processus cherche à faire évoluer. Il constitue ainsi l'objet du processus, son centre principal d'intérêt, sa raison d'être en quelque sorte. De même, cet objet est un modèle d'entité, c'est-à-dire toute chose concrète ou abstraite présentant un intérêt. Ce peut être une personne ou plus généralement un être vivant, une chose (un bâtiment, une machine...), un concept plus abstrait (une population de personnes, etc.). Cet objet peut-être identifié explicitement (le patient x) ou non (les usagers ou les professionnels du système de santé). Enfin, un objet peut être caractérisé par un comportement (actif ou passif) et un état, évolutif ou non, réversible ou non. Il interagit avec son environnement. Son comportement peut être décrit par son rôle (emprunts à partir de RM-ODP).

Processus et actions

Les actions sont réalisées (réalisables) dans (sur) une situation sur des objets, dont elles changent l'état. On peut distinguer :

- Des actions métier, dépendantes de la profession :
 - Ce sont les actions d'investigation ou actions diagnostiques d'appréciation de l'objet (externalisation de son état ou de son comportement) par exemple, radio maxillaire, gaz du sang, évaluation de la douleur, etc. ;
 - Les actions d'intervention ou les actions thérapeutiques qui modifient l'état ou la structure de l'objet : réduction d'une fracture de l'avant-bras gauche, remplacement des bougies, etc.

⁴⁵⁰ Joliot Didier (2003) « *Management des systèmes d'information* », Lavoisier, à propos des activités.

- Les actions de cognition ou de réflexion qui altèrent le contenu informationnel de l'objet : conclusions d'examen (anamnèse), objectifs de traitement, plan de soins.
- Des actions de collaboration : ce sont les demandes d'autres actions métier (impératives ou « négociées ») effectuées auprès d'autres acteurs (demandes, directes ou indirectes [par un intermédiaire, le patient p. ex.], donnant lieu à un engagement [acceptation, négociation ou refus], et un compte-rendu [fourniture de résultat, produit ou service]).
- Des actions de communication (émission, réception), support des messages (interactions) ;
- Des actions de coordination (« synchronisation » des activités dans le temps et l'espace en vue d'un objectif).

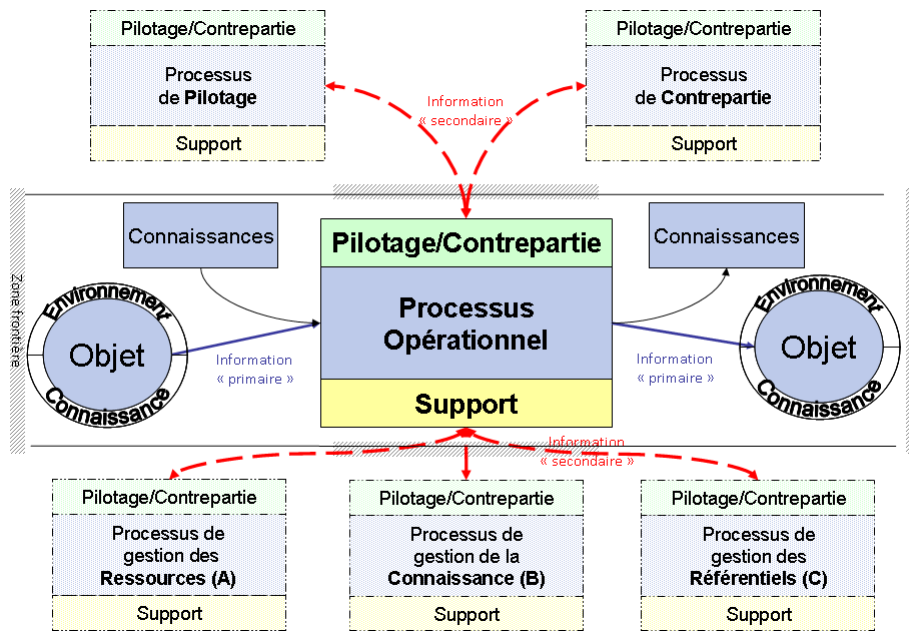
Une action peut être explicite, une prescription p. ex., ou elle peut être déclenchée sur un événement comme le franchissement d'un seuil. Une action métier comprend les mêmes caractéristiques que le processus.

6.7.9 Pourquoi parler ici de processus ?

Indépendamment des systèmes techniques mis en œuvre ou des formes d'organisation, nous avons maintes fois constaté que chaque fois qu'il y avait une rupture dans les « flux informationnels » entre les processus, ceux-ci étaient « inefficients », pas uniquement en termes économiques, financiers ou politiques, mais aussi pour le patient et sa santé. Si, dans la majorité des cas, le flux d'information abordé dans les démarches proposées se limite généralement à l'objet des processus, nous avons constaté qu'il était nécessaire d'étendre ce point de vue à la partie pilotage (le management ou la gouvernance ou leur absence) et support (disponibilité et mise à disposition des ressources.) Les délais, les redondances, l'absence de partage sont l'une des causes d'« inefficience », notamment lorsque la disponibilité des ressources au sein d'une chaîne d'activité n'est pas connue, sans pour autant appliquer *stricto sensu* les principes du « *Lean management* ». Dans ce dernier cas, même en appliquant les principes des chemins cliniques associés ou non à la mise en œuvre de protocoles, ou les principes de l'EBM, si le *muda* (élimination de ce qui est « sans valeur ») et le *muri* (élimination de surcharges) peuvent certainement être appliqués, le *mura* (variabilité, irrégularité) est fortement dépendant des acteurs, patient compris. C'est l'une des limites de ce type d'approches et de leur transposition au contexte de la santé.

Notre approche des processus reprend différents supports théoriques que le schéma suivant seul ne suffit pas à expliquer. Souvent en lien avec des projets de réorganisations d'entreprise, la réingénierie des processus d'affaires – RPA, apparue au début des années 1990, cherche soit à « éliminer les activités ne produisant pas de valeur » (selon la chaîne de la valeur de Porter), soit à améliorer la performance de ces mêmes activités en renforçant « leur interopérabilité » (les échanges). La relation entre le système d'information et les processus passe par la relation étroite entre « *information* », « *communication* » (au sens générique) et *processus*, le système d'information étant mis à contribution pour, de façon simplifiée, collecter, enregistrer, stocker, traiter et restituer ces mêmes informations. Cependant, un processus n'existe pas seul, il est aussi en interrelation avec « son environnement ». De façon schématique, nous pouvons le représenter ainsi :

Figure 46 : Représentation schématique d'un processus opérationnel et de son environnement

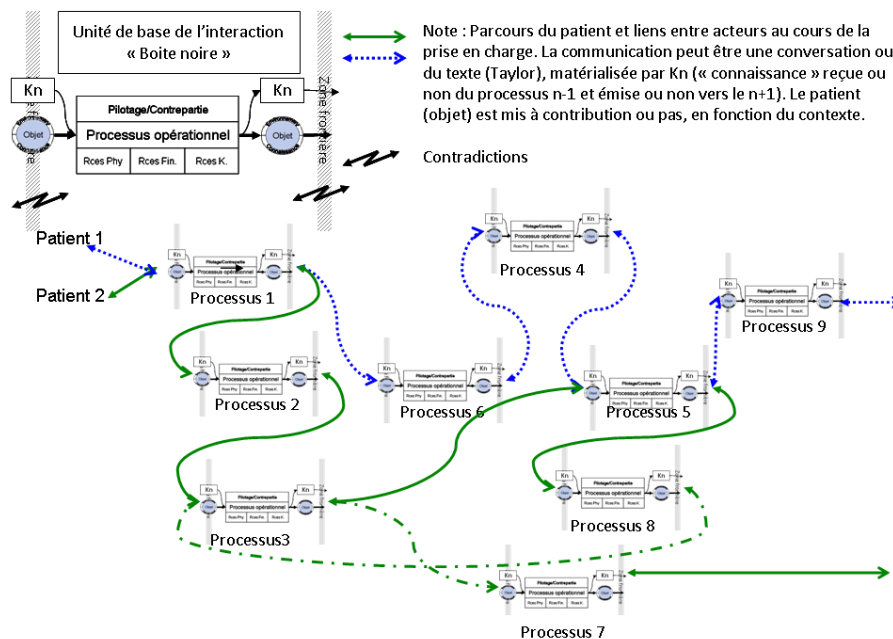


Source : Vêret (2006)

Cependant, cette vision « à plat » reste un modèle simplifié du « monde réel » et reste « centrée » sur un processus opérationnel. Son intérêt est qu'il est déclinable selon plusieurs niveaux de granularité, les « zones frontière » constituant autant d'interfaces (au sens de mise en interrelation) entre les processus ou les activités.

La matérialisation de ces interfaces, quels qu'en soient la forme et le support, est une part importante de la description du système ainsi étudié. D'autre part, le point de vue est généralement situé (contexte « à plat ») alors que ces interactions sont dynamiques, tant au sein d'un « îlot » qu'entre « îlots ». Rapportées à notre schéma précédent, les interrelations entre « îlots » mobilisés au sein de parcours prennent alors la forme suivante :

Figure 47 : L'organisation en tant que réseau dynamique (2)



La zone frontière est une zone où s'établissent les interactions entre processus liés au sein d'un parcours. Le résultat d'une activité (d'un processus) se transforme en « objet » d'une autre activité, la mise en relation des activités se faisant par ce qu'Engeström appelle un objet partagé (*a shared object*). Cet objet partagé peut être « pluriel ». Dans le contexte du parcours ou de la coordination d'activités autour du patient, il s'agit à la fois du patient, en tant qu'objet du soin, mais aussi de sujet agissant, et des différents artefacts associés à ce parcours, comme les documents échangés, transmis ou partagés entre activités. La « qualité de ces objets partagés » dépend alors des différents acteurs (ou groupes d'acteurs) et de ces activités (processus), patient compris.

Cette frontière a plusieurs statuts. Elle marque à la fois une ligne de démarcation entre deux « ensembles » et elle est également un point de jonction, de liaison, une interface entre ces deux mêmes ensembles, avec un double rôle. Elle sépare, en déterminant ou délimitant chaque élément comme tel, et elle réunit. Elle permet à la fois une analyse et une synthèse objective, elle découpe la réalité et la recompose en totalités efficientes (Chazal, 2002⁴⁵¹, p. 269).

Ces interfaces sont « *des intermédiaires qui assurent des liaisons qui permettent aux formes de transiter et à des tous de se constituer... l'interface est ce qui se glisse entre deux éléments pour les relier, les mettre en rapport, les faire interagir et les modifier profondément en les intégrant dans un tout auquel ils se soumettent* » (p. 14, Ibid.) « *Elle sépare, identifie ou différencie des éléments et en même temps les relie* » (p. 196, Ibid.) *L'interface est structurante dans le sens où elle constitue un carrefour d'interactions et résulte des mouvements itératifs entre les éléments de l'interaction. Derrière l'importance de l'interface court le jeu essentiel des relations, relations entre les choses, relations entre les hommes, relations entre les hommes et les choses. La puissance de l'interface réside dans la puissance des relations... le plus souvent, on crée une chose nouvelle dont les propriétés ne sont pas la simple somme des propriétés ainsi reliées...* » C'est ce que Chazal appelle une propriété émergente, « *c'est-à-dire de propriété apparaissant lors de la liaison des éléments, propre au tout ainsi formé et n'appartenant à aucun des éléments* » (p. 267, Ibid.) C'est en quelque sorte ce qu'Engeström représente sous la forme d'un nouvel objet résultant de l'interaction entre les deux activités (voir la Figure 52 : Deux systèmes interagissant – Engeström, p. 226). Enfin, Chazal ajoute deux dernières propriétés : « *En inversant les flux de circulation qui la parcourent et qu'elle contrôle, elle (l'interface) met le dedans dehors et vice versa... L'interne et l'externe basculent l'un dans l'autre, interagissent, s'expriment mutuellement... (Enfin) Elle a une fonction d'équilibre, fragile et parfois dangereux, car toujours menacée* ».

C'est sur les principes de ces modèles que nous avons élaboré notre modèle du contexte des communications que nous proposons page 187. Dans ce schéma, surtout si les infrastructures informationnelles sont « distribuées », l'incidence sur le contenu même des transactions n'est pas neutre, dépassant l'approche de l'interopérabilité technique ou la structuration des messages. Dans les chapitres suivants, nous en expliquons quelques grands supports tant théoriques que méthodologiques.

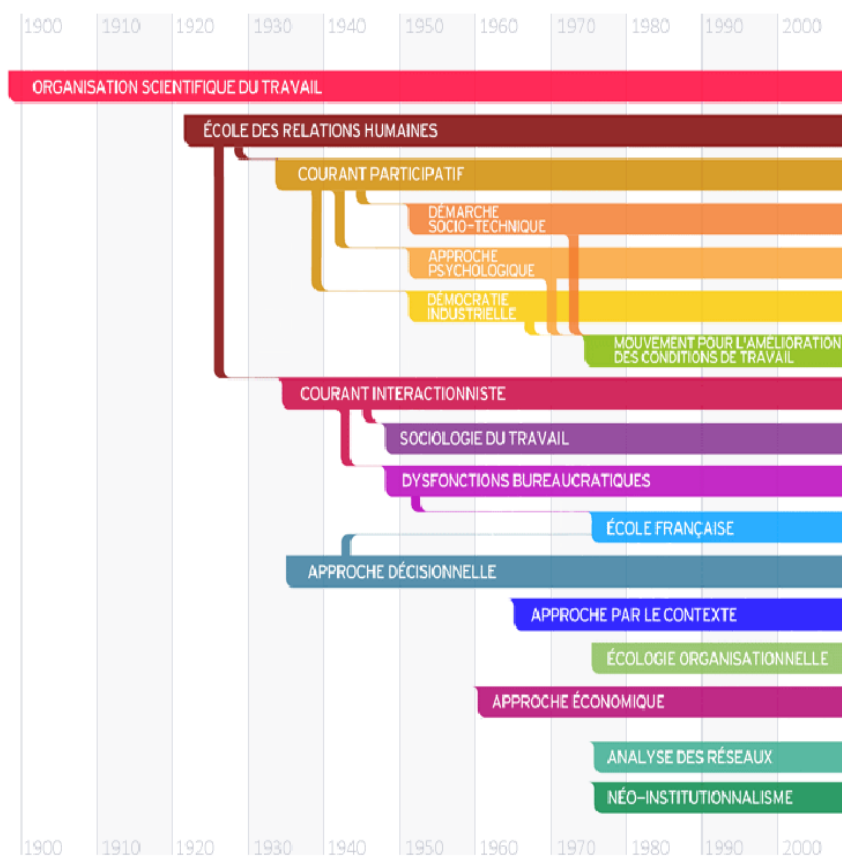
⁴⁵¹ Chazal Gérard (2002) « Interfaces : Enquêtes sur les mondes intermédiaires », Éditions Champ Vallon

6.7.10 Quelques supports : Analyse et théories des organisations

L'analyse des organisations est un champ multidisciplinaire qui intéresse la gestion, la psychologie, la sociologie, l'économie, la gestion des connaissances⁴⁵²... s'inscrivant dans des positionnements épistémologiques « multiples » comme l'illustrent par exemple Friedberg (2010⁴⁵³) dans le schéma ci-après, ou ce que Morgan (2006⁴⁵⁴) nomme l'imaginization qui, en lien avec son approche métaphorique, juge qu'en faire une synthèse demeure impossible. "... *My aim is not to present an exhaustive account of every conceivable metaphor that can be used to understand and shape organizational life (p. xii) ... [but] to develop an ability to integrate the contributions of different points of view... The use of metaphor implies a way of thinking and a way of seeing that pervade how we understand our world generally (p. 4)... We have to accept that any theory or perspective that we bring to the study of organization and management, while capable of creating valuable insights, is also incomplete, biased, and potentially misleading. (p. 5)*⁴⁵⁵".

De nombreux auteurs reviennent sur la genèse, les différents courants et les théories liées aux organisations. Friedberg (2010) nous propose le schéma synthétique suivant :

Figure 48 : Chronologie des sciences de l'organisation



⁴⁵² Nous l'entendons ici comme l'approche transversale regroupant la découverte et l'identification des connaissances, l'ingénierie des connaissances et la gestion, le partage et l'enrichissement des connaissances, encore appelé Knowledge Management.

⁴⁵³ Friedberg Erhard et al. (2010) « De Taylor à aujourd'hui. L'encyclopédie des sciences de l'organisation », Screening Organisation, [site Internet](#)

⁴⁵⁴ Morgan Gareth (1986, 1997, 2006) "Images of organization" SAGE Publications Inc., 4e édition, Gareth Morgan (1993) "Imaginization: New Mindsets for Seeing, Organizing and Managing" Newbury Park and San Francisco, CA: Sage Publications

⁴⁵⁵ Morgan (2008) Ibid. Voir aussi les chapitres 10 et 11, p. 337 et suiv.

L'ensemble « hétérogène⁴⁵⁶ » de théories et approches est dû à différents facteurs dont :

- La nature des constructions intellectuelles. Certaines sont des théories par essence, d'autres relèvent des comportements humains, ou des approches communicationnelles. Les typologies, les modélisations permettent d'en appréhender le fonctionnement. De très nombreux outils et techniques complètent ces constructions intellectuelles ;
- Les approches disciplinaires multiples, chacune ayant son point de vue ;
- Les niveaux d'approche, allant de l'individu aux modèles macro-économiques, politiques...

Différents concepts clés, issus de ces approches, peuvent être mobilisés. Citons, sans être exhaustif :

- L'approche fonctionnaliste ou l'approche structuro-fonctionnaliste, dont l'étude des bureaucraties par Weber ou des dysfonctions bureaucratiques de Merton et Selznick⁴⁵⁷ ;
- La pensée managériale, avec la notion de l'utilisation optimale des ressources et leur rationalisation (l'organisation scientifique du travail, Taylor, Fayol) et le mouvement des relations humaines ;
- La décision, le choix et les théories associées dont les processus mis en œuvre dans les organisations sont très complexes et dépendent de nombreux facteurs, internes et externes. Elles sont mobilisées dans de nombreuses disciplines, la philosophie, la psychologie, les mathématiques et les statistiques, l'informatique... Elles s'intéressent aux valeurs, aux incertitudes et à tout autre élément associés à une décision donnée, sa rationalité... et son résultat. La rationalité des choix et les informations nécessaires sont elles-mêmes dépendantes des modèles utilisés ;
- Les notions de pouvoir et de leadership (Lewin) ;
- La stratégie, qui s'exprime à tous les niveaux, se complète des approches sociologiques des organisations. Par exemple, l'analyse stratégique des organisations (Crozier, Friedberg) met ainsi l'accent sur les marges de liberté dont disposent les individus pour poursuivre leurs propres objectifs, pas forcément compatibles avec ceux de l'organisation elle-même. Néanmoins, cette liberté n'est pas totale, les contingences et les contraintes (principes, lois, réglementations, hiérarchisation, culture...) influent sur les coopérations entre acteurs, en relation avec les deux points précédents.
- La culture (Schein), avec l'importance du cadre symbolique et culturel qui façonne le comportement des individus ;
- Les approches cognitives, dont l'approche de Cyert et Marsh avec la théorie comportementale des organisations, ou la théorie des conventions de Boltanski et Thévenot (1987) ;
- La coopération, nécessaire au fonctionnement des organisations, complétée de :
- La coordination et de la régulation. Le mode de coordination repose sur des règles informelles et des normes, formelles. Coopération et coordination ne peuvent se faire sans :

⁴⁵⁶ Partiellement adapté à partir de Cabin Philippe et al. (1999), Saussois Jean-Michel (2007, 2012) « Les organisations, états des savoirs », Éditions Sciences Humaines

⁴⁵⁷ Son ouvrage "TVA and the Grass Roots; A Study in the Sociology of Formal Organization" dont la première édition date de 1949, référence en sociologie politique, administrative et des organisations (Ballé, 2009), offre plusieurs lectures. Son étude, appliquée à d'autres domaines dans lesquels des niveaux multiples sont impliqués et imbriqués, est une voie d'approche potentiellement intéressante dans les systèmes de santé. Le reproche souvent fait est le positionnement institutionnaliste de l'auteur. Néanmoins, Selznick considère les individus comme agents indépendants au sein d'une organisation, la théorie de la cooptation facilitant la survie des organisations, mais étant aussi un facteur limitant.

- Structure. Une activité prend place dans une structure, composante complexe des éléments ci-dessus. La structure idéale n'existe pas. Et ses concepts clés ne peuvent évoluer sans
- Communication, entre individus, entre organisations, quel qu'en soit la forme ou le mode.

Enfin, ces représentations évoluent fortement en relation avec l'influence de plus en plus importante des technologies en général, des TIC en particulier, entraînant le développement de nouveaux champs comme :

- Le changement, avec la critique des systèmes actuels et la nécessité de s'adapter aux mutations du ou des environnements ;
- L'apprentissage et le développement des compétences, compétences qui se transforment pour être appréciées comme étant une ressource indispensable aux entreprises, un actif immatériel qu'il convient d'entretenir et de développer ;
- Les approches transversales, horizontales, réparties ou non, avec un souci de réactivité, de fluidité dans le fonctionnement de l'organisation. D'autres formes d'organisation apparaissent alors, comme celles, éphémères, mises en place autour d'un projet ;
- Le « recentrage » sur les métiers, le faire ou le faire faire étant supportés, entre autres, par les
- « Nouveaux outils de gestion » mis en œuvre en raison de la difficulté d'apprécier la valeur du capital « immatériel de l'entreprise » et s'inscrivant dans une logique de
- Gouvernance des entreprises. Le développement de l'économie financière notamment a renforcé les études sur la question du contrôle des dirigeants et de la prise en compte des « parties prenantes ».

Enfin, aborder ces différents axes ne peut se faire sans s'intéresser à l'information, ses systèmes, ses formes, information qui « transite » de façon visible ou est induite en toile de fond de ces principales notions clés. Nous avons bien conscience que cette description est largement incomplète et qu'elle nécessiterait une étude de fond pour mettre en interrelation, si cela est possible, ces concepts et les approches associées.

Néanmoins, comme nous le verrons dans les chapitres suivants, pour aborder la notion de communication en santé, elles constituent différents points d'entrée utiles pour notre modèle. D'autre part, vu sous l'angle des systèmes d'information, selon Larsen et al. (2015⁴⁵⁸), il existerait environ 90 théories liées à la recherche sur les systèmes d'information. Nous ne pouvons dresser ici un panorama complet de ces théories, de leurs implications et imbrications, et des liens plus ou moins étroits avec les théories des organisations, le modèle que nous utilisons est issu d'un certain nombre-elles. Ces approches et les principes dont nous nous sommes inspirés sont rappelés dans les chapitres suivants.

6.7.11 Les processus, des définitions et des sources multiples

Il existe un grand nombre de définitions concernant le terme de « processus » et les démarches associées. Elles sont plus ou moins liées au champ très prolifique « des théories des organisations ». Généralement, ces démarches servent de support à des modèles de représentation d'une « réalité abstraite », l'organisation, que l'on cherche à matérialiser en

⁴⁵⁸ Larsen, K. R., Allen, G., Vance, A., Eargle, D. (Eds). (2015) "Theories Used in IS Research" Wiki, site [Internet http://IS.Theorizelt.org](http://IS.Theorizelt.org)

fonction de plusieurs objectifs. Le concept de processus est relativement ancien. Il est souvent associé à la notion de modélisation des processus métiers (business process), en vue d'améliorer le fonctionnement d'une organisation, selon plusieurs points de vue possibles, qualité, économie, efficacité, etc., la gestion (ABC et ABM) ou des TIC, souvent conjointement avec les notions d'alignement stratégique ou les démarches dites d'« urbanisation » en France, avec une approche le plus souvent technique ou technologique (informatisation), démarches auxquelles nous préférons celle d'architecture d'entreprise, plus ouverte. Il existe plusieurs acceptions qui généralement trouvent leur support dans des représentations généralement graphiques et appelées les « cartographies des processus ».

6.7.11.1 *Systèmes, Processus et modélisation.*

La notion de processus (business process) offre elle-même plusieurs acceptions ou définitions (Lindsay & Lunn, 2003⁴⁵⁹) (trop) souvent liées aux technologies de l'information et au développement logiciel. C'est ainsi que les travaux de Jacobson autour des « approches objet » trouveront leur écho dans la définition des spécifications de la démarche UML avec Booch et Rumbaugh (1998⁴⁶⁰). Elles marquent la convergence de leurs propositions, avec OOSE (Object-Oriented Software Engineering) pour Jacobson, OMT (Object Modeling Technique) pour Rumbaugh et OOAD (Object Oriented Analysis and Design) pour Booch. Dans ce contexte, il est aussi possible de citer les travaux de Shlaer et Mellor, ou ceux de Coad et Yourdon. En France, en lien avec le courant « système », la démarche Racine (Rationalisation des choix informatiques) est portée par le ministère de l'Industrie en 1978 (projets de schémas stratégiques et de schémas directeurs). Elle est logiquement suivie par la méthode Merise (Tardieu) pour l'approche opérationnelle. Prenant appui sur le modèle relationnel de Cod proposé en 1970, ces démarches sont le fruit du projet de recherche « *Méthode, modèles et outils pour la conception de la base de données d'un système d'information* », piloté par Hubert Tardieu au milieu des années 1970, sous la direction scientifique de Jean-Louis Le Moigne, lui-même à l'origine des concepts de système de décision et de système d'information qu'il a définis dans son ouvrage « *Les systèmes de décision dans les organisations* » (PUF, 1974). Le Moigne propose alors un modèle en 3 parties pour représenter l'organisation : le système de décision, le système d'information et le système opérant. Dans les approches systémiques, information et décision sont étroitement liées. Dans son ouvrage phare suivant, « *La théorie du système général. Théorie de la modélisation* » (1977, 2006 pour la version électronique), l'auteur y replace aussi la rigueur scientifique associée à la démarche systémique.

Dans les années 1980, des démarches comme la chaîne de la valeur de Porter conduisent à repenser le fonctionnement des organisations en matière d'efficacité et d'efficacité, principalement économique. Ce courant s'inscrit dans une logique de rationalisation des moyens (approche économique et financière), dans un contexte de ralentissement économique, de « globalisation naissante » des marchés, mais aussi d'emprise de plus en plus importante du monde de la finance sur l'économie. Néanmoins, cette approche d'abstraction des interactions entre les différents acteurs et de l'imbrication des différentes fonctions suit une logique essentiellement fonctionnaliste, héritage potentiel de Taylor (Frederick Winslow, l'organisation scientifique du travail, 1911) ou de la départementalisation de Guclick et Urwick⁴⁶¹, entre autres.

⁴⁵⁹ Lindsay Ann, Lunn Ken (2003) "Business processes—attempts to find a definition" *Information and software technology*, vol. 45, n° 15, pp. 1015–1019

⁴⁶⁰ Booch Grady, Rumbaugh James, Jacobson Ivar (1998) "The unified modeling language: User guide" Addison Wesley.

⁴⁶¹ Succinctement, il s'agit d'identifier les unités de travail (tâches) nécessaires pour atteindre les objectifs de l'organisation. Ces tâches sont regroupées en emplois individuels, elles-mêmes regroupées dans des unités administratives constitutives de départements de niveaux supérieurs.

À l'image du courant de la sociologie des organisations, des auteurs comme March et Simon (1958⁴⁶²) critiquent ces approches, car, succinctement, elles n'explorent pas suffisamment l'influence des comportements individuels dans les organisations (la décision de participer à l'organisation et la décision de produire, les actions individuelles alternatives, l'importance des conflits intra-organisationnels et leurs conséquences) et les influences extra-organisationnelles. Leurs démarches s'inscrivent dans un champ théorique plus vaste, la théorie des organisations (*organizational studies* chez les Anglo-Saxons) qui offrent une palette d'approches différentes.

6.7.11.2 La refonte des processus d'affaires et les SI.

Le tournant « radical » est porté par Hammer (ancien professeur au MIT devenu consultant) et Champy (président et directeur général de CSC Index, société américaine de consulting IT) avec les démarches dites de Réingénierie des processus (Hammer et Champy, 1993⁴⁶³), démarche « inverse » de la division du travail, de la spécialisation ou des systèmes hiérarchiques. Cette reconfiguration des entreprises doit être vue de façon transversale, afin de les améliorer. Davenport et Short (1990⁴⁶⁴) citent, comme améliorations possibles, la réduction des coûts, des délais, l'amélioration de la qualité (en lien à la roue de Deming), la qualité de la vie au travail (avec l'influence de Kurt Lewin et du Tavistock Institute de Londres), l'apprentissage et la responsabilisation... Ils mettent en avant le lien récursif qui existerait entre les capacités des technologies de l'information et la réingénierie des processus métiers. Ces démarches sous-entendent de faire évoluer les postes de travail qui deviennent « multi-dimensionnels », et elles supposent donc une évolution de profonde de l'organisation, y compris en termes structurels. Pour Hammer et Champy, il ne s'agissait pas uniquement d'automatiser, mais de repenser totalement le système Entreprise. De nombreux tenants de cette approche l'ont souvent oublié et les critiques furent nombreuses. L'idée principale est de « *transformer une organisation centrée sur les produits en une organisation centrée sur les processus* ». Plusieurs auteurs s'inspireront de ces modèles. Quelques exemples ci-après.

Brandenburg⁴⁶⁵ reprend certains des travaux menés autour de la qualité (Total quality management - TQM) et de la gouvernance des entreprises. Les réflexions « de fond » sur la chaîne de la valeur (Porter) incitent (obligent) les entreprises à « repenser » leur processus, souvent sous-entendu avec une logique de sous-traitance (externalisation) possible de certaines activités (mutualisation des fonctions support...), ou d'amélioration des synergies « inter-processus ». Porter avait introduit dans son modèle le concept « d'interopérabilité » entre chaînes de la valeur, soulignant les nécessaires échanges entre eux. Pour Brandenburg, les processus sont au cœur des stratégies de changement, l'imbrication de l'organisation, des technologies, des aspects humains et culturels étant « structurelle » aux processus. Souhaitant mieux intégrer les dimensions stratégie, pilotage et support, en France, des auteurs comme Jean & Jean (2005⁴⁶⁶) proposent le Damier stratégique © pour compléter ce modèle.

Le déterminisme technologique clairement associé à ces démarches considèrerait et considère encore que les technologies informatiques auraient ou ont la capacité à changer

⁴⁶² March James et Simon Herbert (1958) "Organizations" John Wiley & Sons

⁴⁶³ Hammer Michael, Champy James (1993, 2003) "Reengineering the Corporation: Manifesto for Business Revolution" HarperCollins

⁴⁶⁴ Davenport Thomas H., Short James E. (1990) "The New Industrial Engineering: Information Technology and Business Process Redesign" MIT Sloan Management Review, Vol. 31, n° 4, p. 11. Pour ces auteurs, un processus est un ensemble structuré d'activités, évaluables, définies (designed) pour produire un produit/service spécifique (specific output) pour un client ou un marché particulier.

⁴⁶⁵ Brandenburg Hans, Wojtyna Jean-Pierre (2006) « L'approche processus, mode d'emploi », Éditions d'organisation, Eyrolles

⁴⁶⁶ Jean Gérard, Jean Philippe (2005) « Le Damier stratégique », Éditions d'organisation

l'organisation et améliorer sa performance. Les TIC ne servent plus à informatiser l'existant, mais à redéfinir les modes d'organisation du travail, donc à « repenser les processus ». Fleurissent alors les cabinets de conseil porteurs de démarches comme le « Business process reengineering – BPR », le « Business process management – BPM », version « moderne » du BPR ou le « Business process analysis – BPA » pour ne citer qu'elles. Nombre d'organisations ont souhaité améliorer leur performance, souvent économique et financière, « en repensant » leurs processus opérationnels avec l'usage des TIC tout en rationalisant notamment leurs (vieux) systèmes informatiques par la mise en place d'ERP, plus ou moins étendus, ces systèmes étant couplés ou non à d'autres systèmes dits de workflow. Ford, prenant exemple sur l'organisation de Mazda, est un exemple emblématique de ces démarches dans les années 1990.

Les démarches d'alignement stratégique des systèmes d'information s'inscrivent dans cette mouvance. Il s'agit de voir comment, en fonction des entreprises, stratégie d'affaires et stratégie informatique s'influencent mutuellement. Si le modèle d'Henderson et Venkatraman (1993⁴⁶⁷) est le plus connu, l'ajustement de la stratégie du système d'information et, *in fine*, du système informatique à la stratégie d'entreprise est plus complexe. Des auteurs comme Coleman et Papp (2006⁴⁶⁸) considèrent qu'il s'agit d'un processus dynamique comprenant un flux de douze « composants d'alignement⁴⁶⁹ » qui agissent ensemble dans une coopération mutuelle (entre métier, activités et domaines relevant des TIC) et participent au développement de la stratégie d'ensemble. La vision de la stratégie des TIC influe fortement sur leur intégration.

Cependant, la place de cette stratégie et la trajectoire d'évolution de l'organisation, d'automatisation à transformation, dépendent aussi d'autres facteurs comme la nature de l'organisation vue au travers de la typologie des entreprises de Miles et Snow (2003⁴⁷⁰), de l'angle de vue par lequel la stratégie est abordée (Gamayanto, 2005⁴⁷¹, les relations clients-fournisseurs pour Porter, Porter & Millar, les stratégies de défense pour Wiseman & MacMillan complétant le modèle de Porter, l'incidence des facteurs sociaux de Scott Morton, la capacité de transformation de l'organisation de Bakos & Treacy...), et de la nature de ses activités. Outre la stratégie d'affaires proprement dite, intervient aussi la stratégie des acteurs qui ont un intérêt ou pas à faire en sorte que cet ajustement, ce « *fit* », se réalise dans de bonnes conditions ou ne se réalise pas. Il sous-entend aussi mettre en œuvre le « processus de changement » dans l'organisation. Ce modèle peut être plus ou moins appliqué aux différents niveaux de notre système de santé et aux stratégies de ses différents acteurs. Par contre, il est plus ou moins inadapté à une approche de mise en relation, éphémère dans certains cas, d'acteurs fortement hétérogènes, en ce qui concerne les métiers, les statuts, etc.

Enfin, ces démarches sont conjointes avec l'émergence et la popularisation du terme de gouvernance, terme qui incorpore le respect des règles, lois et régulations externes et les politiques propres des entreprises. Cette émergence a été popularisée par les notions de

⁴⁶⁷ Henderson, Venkatraman, 1993, "Strategic alignment: leveraging information technology for transforming organizations" *IBM System Journal*, Vol. 31-1, page 8 (476)

⁴⁶⁸ Coleman, Papp, 2006, "Strategic Alignment: Analysis of Perspectives" *Proceedings of the 2006 Southern Association for Information Systems Conference*. Papp, 2004, "Assessing Strategic Alignment in real time" *Journal of Informatics Education Research*. Papp et al. (2010) "Strategic Information technology: Opportunities for Competitive Advantage" *Idea Group Publishing*

⁴⁶⁹ Ensemble des liens possibles en fonction des points d'ancrage de la stratégie, complété de quatre modèles de regroupement dits de « fusion » : organisation-stratégie, organisation-infrastructures, TI-stratégie et TI-infrastructures.

⁴⁷⁰ Miles Raymond E., Snow Charles C., Meyer Alan D, Coleman Henri J. (2003) "Organizational Strategy, Structure, and Process" *Stanford Business Classic*. Voir à ce propos l'article de Hirschheim et Sabherwal (2001) "Detours in the Path toward Strategic Information Systems Alignment", *California management review*, Vol. 44, n° 1.

⁴⁷¹ Gamayanto Indra (2005) "Porter's five forces model; Scott-Morton's five forces model; Bakos and Treacy model analyze, strategic information systems management" *Jurusan Teknik Informatika, Fakultas Teknologi Industri-Universitas Kristen Petra*

pilotage, de tableau de bord équilibré (BSC et ses métaphores associées)... notions souvent portées par les théories du management issues du monde anglo-saxon (principalement des auteurs de la Harvard Business School). Il est alors nécessaire de détecter les processus clés, ceux qui seront les plus porteurs de valeur, principalement pour les actionnaires de l'entreprise. On parle alors de manager les processus, de les refondre...

6.7.11.3 Et la santé ?

Vu sous l'angle du système de santé, si la stratégie (nationale) est de réduire les dépenses et les coûts et d'améliorer la qualité des soins, l'outil informatique devant fournir des données permettant d'ajuster les décisions et les modèles, les stratégies locales, que ce soit dans le monde libéral ou dans les établissements de santé, serait plutôt de « fournir le minimum » de façon à préserver au mieux ses marges de manœuvre et son indépendance. Même si cela est plus ou moins un sujet « tabou », transparaissent alors les problématiques de concurrence dans un « marché » dans lequel les clients sont solvables... et les paiements garantis par la collectivité. Cette dernière approche suscite néanmoins quelques réserves, car elle est étroitement dépendante des acteurs et du bassin dans lequel ils exercent (Bergeron et Castel, 2010⁴⁷²). Néanmoins, la ministre de la Santé justifiait dernièrement son « plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public » (02/11/2015 dépêche APM) par la formule suivante : « ... la médecine est un "champ concurrentiel", notamment avec le privé, que ce soit en termes de "rémunération, de conditions de travail ou de diversité" de l'activité des professionnels »...

6.7.11.4 Une accélération du temps...

Cependant, ces différents outils de « management », principalement venus des États-Unis, s'inscrivent dans un cycle d'appropriation et de mise en œuvre dans et par les entreprises, qui tend à se réduire (effets de mode), avec parfois un « retard » en Europe par rapport aux États-Unis. Leur mise en œuvre se fait souvent avec un décalage temporel dans les administrations publiques, comme en France, avec une triple particularité :

- La faible prise en compte des retours d'expérience du monde « industriel », positifs ou négatifs, quand ils existent, et du monde académique ;
- Les particularités des formes et de la gestion des affaires publiques. L'accélération du temps politique ne permet pas forcément d'en analyser finement les effets, ou alors avec retard, ce que nous illustrons à la page suivante, à mettre en regard de l'approche des innovations de Rogers et de ses critiques.
- Le positionnement des institutions et leur propension à assurer leur survie (Grémy, 2001, Op. cit.)

Dans le schéma suivant, nous considérons les évolutions des techniques et des technologies (en lien avec la diffusion des innovations, Rogers) comme une fonction affine linéaire ($f(x) = ax + b$, avec $b=0$) liée au temps (1).

Nous représentons l'appropriation des innovations par les « primo-adoptants » comme une fonction linéaire g , liée à la fonction affine f , avec $g(x) = a'x + b'$, et $a' < a$ et $b' = t_0 + n$ (2). Si l'on considère que ces innovations sont positives et utiles, leur diffusion « de masse » et l'évolution des organisations ($o(x)$) nécessitent plus de temps. Elle est elle-même en décalage par rapport aux « primo-adoptants » ($a'' < a'$ et $b'' > b'$).

Au regard de « l'accélération du temps politique » telle que présentée par Trosa (2012, voir page 13), le coefficient directeur de la fonction linéaire du « temps politique » ($p(x)$) est

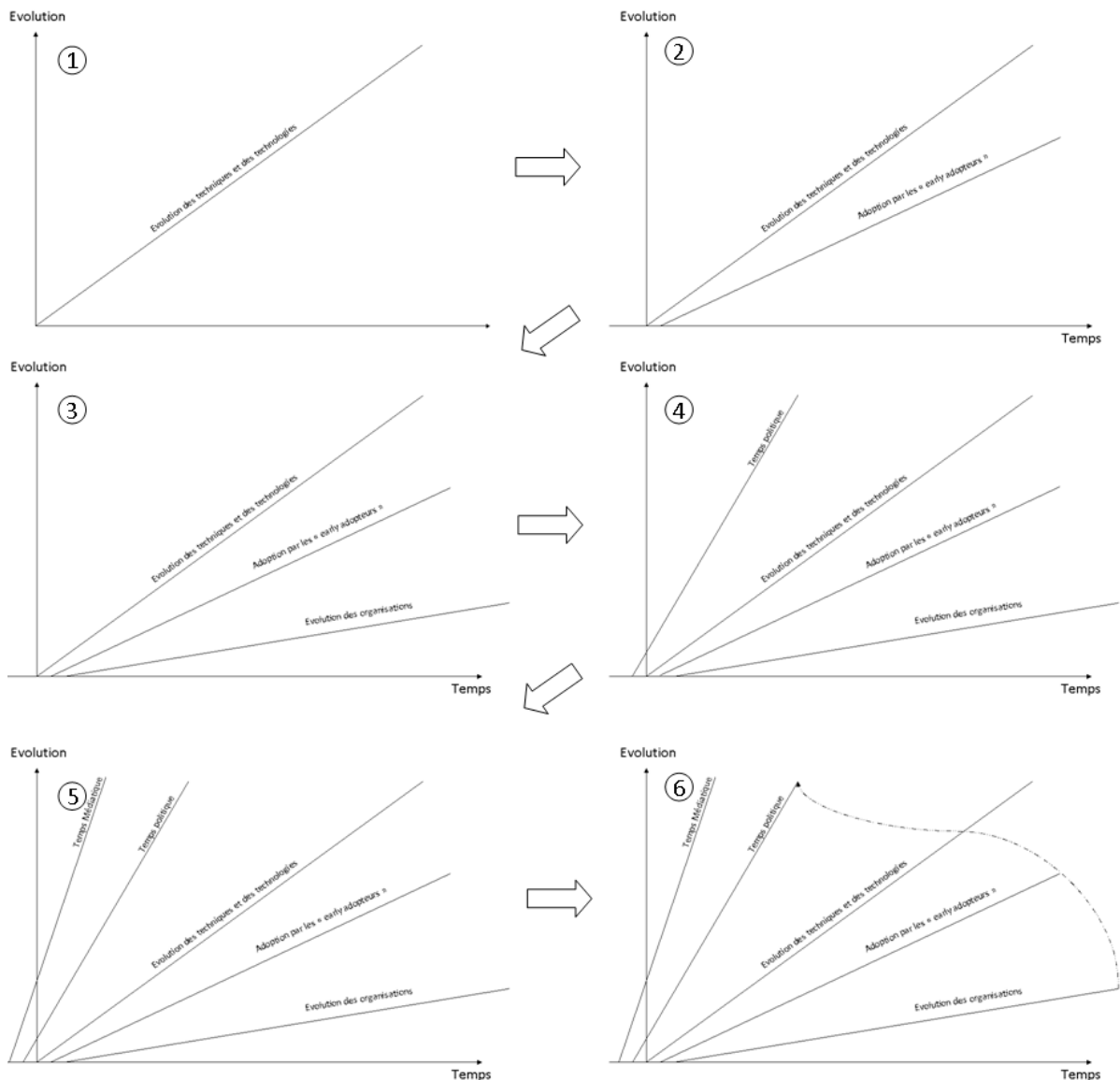
⁴⁷² Bergeron Henri, Castel Patrick (2010) « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail*, Vol. 52, issue 4, Oct.-Déc. p. 441-460

supérieur à celui des innovations et de leur diffusion, son ordonnée d'origine les anticipant (4).

Par ailleurs, le « temps médiatique » ($m(x)$), toujours à l'affût de choses « nouvelles », l'anticipe encore plus (5).

Au regard des impératifs de la législature et devant la nécessité d'obtenir des résultats compatibles avec elle, il semble nécessaire, voire impératif, que $o(x)$ rejoigne $p(x)$, même coefficient directeur, même origine (6)...

Figure 49 : L'accélération du temps ou comment aligner les organisations sur les décisions politiques



Les possibilités offertes par les TIC, ou la prise en compte des ressources humaines, de la connaissance et surtout de l'information (quantité, qualité, disponibilité...) comme actif stratégique de l'entreprise transforment le point de vue sur l'information et les communications, souvent vues jusqu'alors comme des éléments « techniques », prenant forme dans des messages, si possible électroniques. C'est ainsi que pour beaucoup, l'interprétation de l'acronyme SI – Système informatique – en tant que Système d'information s'inscrit dans cette tendance.

6.7.11.5 En complément

Dans notre définition du processus (page 208) et dans notre modèle-cadre d'abord des communications en santé (page 187), ce découpage en 3 parties est en quelque sorte une « fusion imagée » de ces différents modèles. Ils mettent ainsi en relation étroite la partie opérationnelle, la partie décisionnelle (stratégique, managériale et opérationnelle) et le support, comprenant le système d'information, nécessaire à la réalisation des activités des organisations et à leurs interactions, entre elles et avec l'environnement dans lequel elles se situent. C'est aussi dans ce contexte que le ou les dossiers trouvent leur place en tant qu'éléments d'infrastructure.

Enfin, pour terminer ce rapide premier tour d'horizon, il faut aussi citer, sans être limitatif, les influences sur nos travaux et réflexions d'Austin (et Searle) avec les actes de langage qui conditionnent pour partie les interactions et les échanges entre acteurs. Le modèle RM-ODP complète les points de vue sur le système Entreprise et le système d'information, par son approche structurante et les exemples donnés tant par l'auteur du livre de référence, Janis Putman (2000⁴⁷³), que par les travaux réalisés dans le cadre du projet japonais de système d'information en santé, Jahis, Japan Health Information System. La théorie de l'activité présentée succinctement dans le chapitre suivant vient le compléter utilement.

6.7.12 Processus et théorie de l'activité

La théorie de l'activité – ou la théorie historico-culturelle de l'activité (*cultural-historical activity theory* chez les Anglo-Saxons) – émane des travaux menés depuis le début des années 1930 par Vygotski (théorie socioconstructiviste et sociohistorique du développement humain [« *Pensée et langage* » – 1934]), Leontiev, Luria et Rubinshtein⁴⁷⁴.

Pour Vygotski, la relation qu'entretient le sujet (observé) avec le monde des objets, qu'ils soient physiques ou conceptuels, est toujours médiatisée par des tiers avec lesquels il co-construit ses connaissances. Cette fonction structurante donnée aux contextes sociaux est, avec les contextes d'apprentissage, au cœur des approches de Vygotski. Après la mort de Vygotski en 1934, Leontiev poursuivra son travail et développera sur cette base la notion d'excentration : les capacités humaines sont initialement « excentrées », c'est-à-dire déposées dans le « monde de la culture » du sujet. Pour Leontiev, le monde social est le fruit de l'accumulation et de la « sédimentation » des savoirs et des savoir-faire. L'humanité est « objectivée » dans le monde des humains des biens, des outils (le langage y occupe une position particulière avec sa dimension sociale et communicative, l'écrit, les systèmes symboliques, les œuvres d'art, les rituels, les concepts scientifiques, les technologies d'information et communication modernes, les signes ou tout autre artefact...) et des connaissances. Appropriation et construction sont deux concepts qui doivent être pensés avec leurs déterminismes réciproques.

L'appropriation met l'accent sur l'extériorité des contenus que le sujet s'approprie. L'« *instrumentation de la pensée* » se fait par l'appropriation d'outils culturels, de leur structure, mais surtout de leur fonction au travers des conduites, des règles ou des rites d'interaction, qui entourent l'usage de ces outils.

⁴⁷³ Putman Janis R. (2000) « *Architecting with RM-ODP* » Prentice Hall

⁴⁷⁴ Adaptation à partir de sources multiples. Initialement, la théorie de l'activité a été développée en URSS comme étant une alternative marxiste à la psychologie des comportements de « l'Ouest ». Leontiev et Luria d'abord étudiants de Vygotski travaillèrent ensuite avec lui. Rubinshtein bien qu'il n'ait pas directement travaillé dans le « cercle de Vygotski » a contribué au développement de la théorie avec l'idée du développement de l'esprit (humain) par l'activité et la relation réciproque entre l'activité et le sujet. Selon lui, toutes les actions de l'homme changent non seulement le monde, mais aussi l'acteur lui-même. Théorie souvent mobilisée dans les études liées à l'éducation et à l'apprentissage, elle s'étendra à la recherche sur les interactions Homme-Ordinateur/Homme-machine.

La construction met l'accent sur les activités internes par lesquelles le sujet organise ces contenus.

L'apprentissage, avant d'être le fait d'individus isolés, serait d'abord un phénomène social puisqu'il se déroule dans des contextes culturellement déterminés imprimant leurs marques spécifiques aux groupes humains dans leurs comportements les plus quotidiens. L'activité humaine s'y organise et s'y déploie au moyen des outils dont disposent les individus, qu'il s'agisse du langage ou de tout autre artefact présent dans les milieux où ils évoluent. Les connectivistes (Siemens⁴⁷⁵ & Downes) ajouteront les apports des nouvelles technologies dans l'apprentissage et la métaphore du réseau composé de nœuds et de connexions. Engeström, avec son ouvrage « *Learning for expanding* » (1987), poursuivra le développement de la théorie de l'activité dite de troisième génération, notamment en Europe du Nord, en l'étendant du monde de l'éducation à l'analyse de l'apprentissage dans les situations de travail.

Six principes sont généralement associés à la théorie de l'activité⁴⁷⁶ :

- *The unity of consciousness and activity.* La conscience, l'esprit, rattaché à l'humain, est à considérer au sens des travaux originaux. Elle émerge et évolue au travers de l'activité humaine en relation avec le monde extérieur. La conscience signifie l'esprit humain vu comme un tout, l'activité correspondant à une interaction de l'homme avec la réalité objective ;
- *Object orientation.* L'activité humaine concerne des objets qui ont une « réalité » scientifiquement ou socio-culturellement déterminable ;
- *Internalization/Externalization.* Ce principe dérive directement des deux premiers. Selon Vygotski, le langage est le moyen d'internaliser notre expérience acquise à l'extérieur (de nous-mêmes). On retrouve une partie de cette approche dans le modèle SECI de Nonaka et Takeuchi⁴⁷⁷ ;
- *Mediation.* Le principe de médiation est simple au départ. L'activité est « médiée » par des outils, des artefacts pour être plus précis. Ce concept d'outil est complexe. Ce peut être des objets techniques, une clé, un plan, un bistouri, mais aussi le langage, notre langue et nos symboles. De plus, différents phénomènes socioculturels, comme les règles, les normes ou la division du travail, phénomènes identifiés par Leontiev et approfondis par Engeström, peuvent également être considérés comme des outils en ce sens que ce sont des constructions par lesquelles notre interaction avec l'objet peut être limitée ou assistée ;
- *Hierarchical structure of activity.* La structure hiérarchique des activités, schématisée ci-dessous, est une contribution majeure de Leontiev qui les hiérarchise en activités, actions et opérations, respectivement en relation avec les motivations, les objectifs et les conditions. Bedny ajoutera aux premiers les fonctions et les blocs dans le développement de la SSAT – Systemic Structural Activity Theory. Il est à noter que dans ce découpage hiérarchique, le principe de récurrence trouve ses limites. Poussé trop loin, il fait perdre son sens à l'ensemble.

⁴⁷⁵ Siemens George, 2005, « Connectivisme : Une théorie de l'apprentissage pour l'ère du numérique », *International Journal of Instructional Technology and Distance Learning*, Vol. 2, n° 1

⁴⁷⁶ Adapté à partir de : Wilson Thomas D. (2008) « Activity Theory and Information Seeking » *Annual Review of Information Science and Technology*, vol. 42, Issue 1, pp. 119–161.

⁴⁷⁷ Leur modèle dynamique de création de connaissances est ancré dans le postulat que la connaissance humaine est créée et est étendue au travers de l'interaction sociale entre connaissances tacites et explicites. Ces auteurs appellent cette interaction la « conversion de connaissances ». Cette conversion est un processus social entre individus et non confiné dans un individu. Ils s'opposent, par leurs postulats (une entreprise est une organisation inventive qui crée des connaissances en interagissant avec son environnement), à la vision de l'entreprise de Simon par exemple auquel ils reprochent de dépendre des organisations comme ne faisant que s'adapter avec plus ou moins de bonheur à son environnement. Il y a aussi une opposition entre les conceptions occidentales et orientales de la connaissance. Par exemple, en chinois, crise signifie à la fois « danger » et « occasion ».

- *Development.* Le développement implique de comprendre à la fois comment l'activité s'est développée (construite) dans le temps, dans son contexte culturel et historique, et comment les actions réalisées ont agi sur cette construction et son évolution.

Figure 50 : La hiérarchie activité, actions, opération

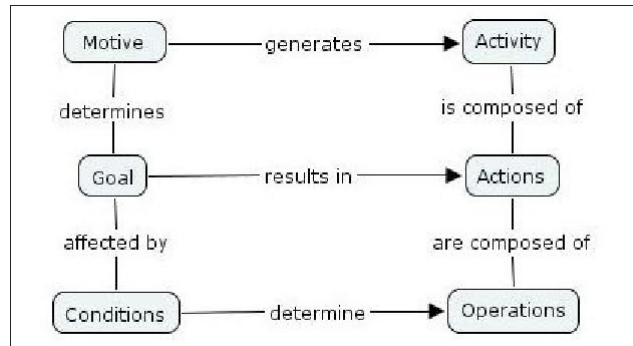
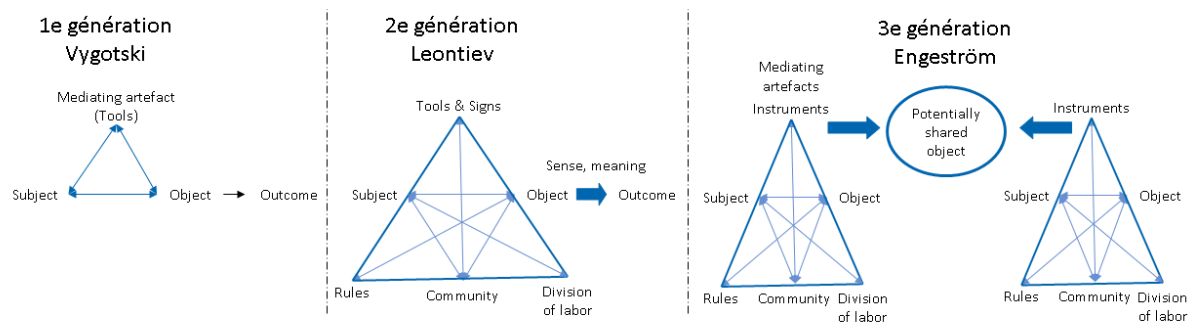


Figure 4.3 Activity, actions, and operations (Wilson, 2006).

Source : Wilson (2008)

La première génération (Vygotski) était construite sur la notion d'action « médiatisée » vue de l'individu : le triangle « Sujet <=> Objet <=> Outils » (les « mediated artifacts ») et leurs interactions. La seconde (Leontiev) introduit la notion de système d'activité et d'action collective. La troisième (Engeström) considère qu'il y a des systèmes d'activité multiples. Elle met l'accent sur l'objet partagé totalement ou partiellement (shared object) entre les frontières de ces sous-systèmes, ce partage nécessaire s'inscrit dans un niveau d'agrégation supérieur, lui-même en interaction avec les systèmes de son niveau. Il est alors nécessaire de compléter ces représentations d'un schéma plus global, de contexte, permettant de matérialiser les liens entre activités et les liens avec son environnement du périmètre du système étudié.

Figure 51 : Les 3 générations de la CHAT



Principales sources : https://en.wikipedia.org/wiki/Cultural-historical_activity_theory & Engeström Yrjö (1987, 2015) « Learning by expanding », Cambridge University Press, 2nd Edition

Dans ces modèles, le **sujet** se réfère à un individu ou un sous-groupe particulier choisi comme point d'entrée d'analyse. Il représente le ou les participants à une activité, motivés vers par un objectif qui peut être la réalisation ou la transformation de l'objet. Les **objets** peuvent être interprétés de façons multiples. Raison d'être de l'activité, ils sont la matière première (raw material) ou « l'espace de problème » constituant les buts de l'activité (sa raison d'être) qui va les modeler ou les transformer pour l'obtention d'un **résultat** (Outcome). Les **outils**, internes et externes, sont socialement partagés. Ce sont les ressources physiques, symboliques ou cognitives utilisables (mobilisables) par les sujets pour réaliser les objectifs de l'activité (mais aussi leurs objectifs propres). Les **règles** font référence aux règlements, normes ou conventions, explicites ou implicites, qui régissent les

actions et interactions au sein du système d'activité. La **communauté** comprend plusieurs individus ou groupes partageant le même objectif général. Par extension, elles intègrent aussi les motivations du (des) sujet à participer à cette activité et les biens matériels (ou immatériels) qu'il en retire, en tant que résultats propres. La **division du travail** se réfère à la fois à la *division horizontale* des tâches/actions (et responsabilités) entre les membres de la communauté et la *division verticale* de pouvoir et de statut. Enfin, le **résultat** correspond aux conséquences auxquelles le sujet est confronté en relation avec ses actions motivées par l'objet de l'activité. Ces résultats peuvent encourager ou entraver la participation de l'objet dans les activités suivantes.

Dit autrement, la théorie de l'activité permet de décrire comment des personnes travaillent dans une organisation, représentée par un individu ou un groupe de personnes (**subject**), avec l'assistance d'artefacts (**tools**) sur un objet (**object**) tout en acceptant les règles (**rules**) pour travailler avec les autres personnes (**community**) qui contribuent à l'atteinte de l'objectif au travers de la répartition des tâches (**division of labor**). Chaque activité produit un résultat (**Outcome**).

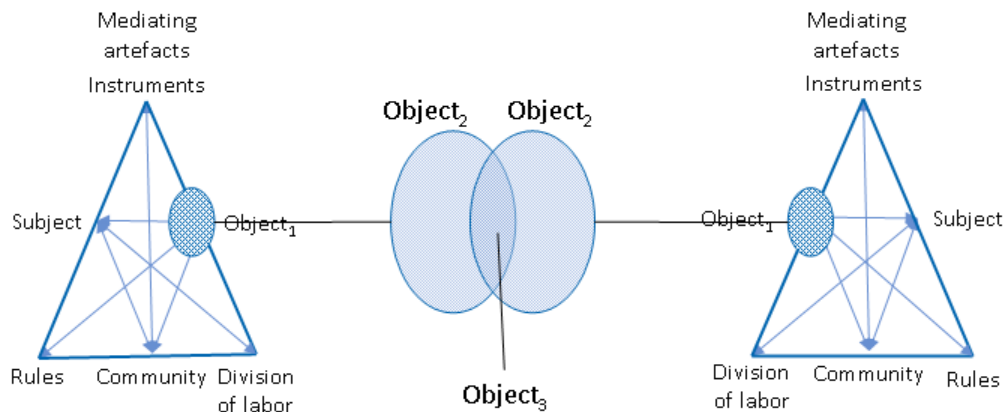
La dimension communautaire, la répartition des tâches et les règles forment ce que Taylor et Van Every (2011⁴⁷⁸) appellent une **configuration tacite**. « *La configuration des rôles et des statuts, configuration surtout implicite et tacite, qui soutient l'organisation, dépend d'une reconnaissance mutuelle par les membres de sa légitimation. Elle repose sur un triptyque (une triade) : ce que sont les acteurs, ce qu'est leur rôle et ce qu'est leur domaine d'autorité. La reconnaissance du rôle essentiel de l'interaction dans la mise au jour de la réalité organisationnelle informe maintenant d'autres auteurs dont l'affiliation principale est celle des systèmes d'information* » (notre traduction, p. 11).

Pour appliquer l'approche d'Engeström à la santé, prenons l'exemple de la prise en charge d'un patient. La mise en interrelation de deux activités liées à la prise en charge d'un patient et la mise en œuvre d'un plan de soins peuvent se représenter comme dans le schéma suivant. Dans ce schéma, l'objet (le patient – *object*₁) est pris en charge par l'activité de gauche et se « transforme » d'un état initial (« raw material » : le patient est pris en charge par un médecin, le sujet) en un objet collectif significatif construit par l'activité (*object*₂ – le patient « vecteur de sa pathologie diagnostiquée », une instanciation d'un objet général maladie/santé) et d'un objet potentiellement partagé ou construit conjointement (*object*₃, la compréhension construite de façon collaborative de la situation du patient et le plan de soins associé). L'activité est alors une cible mouvante (les pas japonais de Minvielle) qui ne peut être réduite aux buts à court terme de chaque activité.

Cet *object*₃ est pour partie la composante et la résultante du travail d'*articulation organisationnelle* entre les deux activités. Nous mobilisons ici les travaux de Strauss (1992) qui ont toute leur importance dans notre approche de la communication au sein du parcours du patient. Si les trajectoires et leur articulation prennent initialement place « dans un contexte fermé », l'hôpital, ces notions ont aussi toute leur place dans les « contextes ouverts ». Cependant, dans ce cas, les formes de coordination et les modalités de communication ont des formes plus *versatiles*, surtout pour l'*object*₃.

⁴⁷⁸ Taylor, Van Every (2011). *Op. cit.*

Figure 52 : Deux systèmes interagissant – Engeström



Source : Engeström (2001) Figure 3

Note : Ce schéma reste une simplification, un « shared-object » peut être partagé entre plusieurs activités dont l'objet répond à d'autres finalités, dépendantes des activités elles-mêmes et de leurs sujets (Sannino et al, 2008⁴⁷⁹). Ainsi, la prise en charge d'un patient, si l'on considère un hôpital par exemple, concerne l'ensemble des activités, à caractère médical, paramédical, administratif, logistique... Le GMSIH avait développé le concept de dossier résumé de venue, un collecteur d'actes (d'actions au sens de HL7-V3), permettant de répondre aux besoins des différentes activités, sans pour autant nécessiter de redéfinir continuellement les « objets-frontière » entre ces activités.

Selon Engeström (2001⁴⁸⁰), cinq grands principes guident cette approche.

En synthèse, le **premier principe** est qu'un système collectif, orienté « objet », « intermédié » par des artefacts, observé avec ses interrelations avec d'autres systèmes d'activité, est considéré comme l'unité principale de l'analyse.

Le **second principe** considère que les systèmes d'activité sont *multivoicedness* (polylinguistes ou polylingue, une traduction imparfaite de la notion de *multivoicedness* de Bathkin qui intègre aussi le polylinguisme, l'hétéroglossie⁴⁸¹, la culture comme polyphonie et dialogue). Cette notion sous-entend que ces variétés « discursives » sont adaptées et comprises par les milieux qui se les partagent, en lien avec leurs relations. Nous ajoutons qu'il peut s'agir aussi bien des conversations (langage verbal ET non verbal) que des textes liés à l'activité. Un système d'activité est toujours une communauté de points de vue, de traditions et d'intérêts différents. La division du travail crée des positions différentes parmi ses participants, chacun ayant sa propre histoire, le système d'activité ayant lui-même ses propres couches et bribes d'histoire enchâssées dans ses artefacts, ses règles et ses conventions. Ce *multivoicedness* se multiplie dans les réseaux d'interactions des systèmes d'activité. C'est à la fois une source d'ennui et une source d'innovation, exigeant de nécessaires traductions et négociations. Dans une logique de parcours de santé, intégrant de nombreux systèmes d'activité, même s'ils partagent une formation initiale commune, les « voix » de chacun des niveaux tendent à se « spécialiser » (Engeström, 2001, p. 145).

⁴⁷⁹ Sannino Annalisa, Daniels Harry, Gutiérrez Kris D.(2009) "Learning and expanding with activity theory." Cambridge University Press. Voir notamment le chapitre 16 (Engeström Ritva), « Who Is Acting in an Activity System? », page 257 et suivante, dont les schémas page 268 et 269.

⁴⁸⁰ Engeström Yrjö (2001) "Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization" *Journal of Education and Work*, Vol. 14, n° 1

⁴⁸¹ Le polylinguisme implique l'existence à l'intérieur d'une langue nationale (voire spécialisée) d'un grand nombre de variantes de celle-ci (dialectes, sociolectes, expressions typiques liées à des idéologies, des milieux). Le plurilinguisme de Bathkin a trait aux variations du polylinguisme. L'hétéroglossie souligne l'aspect personnel de l'expression verbale, chaque individu ayant sa propre façon de s'exprimer. Gorlewski Julie A. (2011) "Power, Resistance, and Literacy: Writing for Social Justice" *Information Age Publishing, Collection: Critical Construction*, p. 14. Voir aussi : Clot Yves, Faïta Daniel (2000) « Genres et styles en analyse du travail : concepts et méthodes. », *travailler* Vol. 4, 2000. Fillietaz Laurent, Bronckart Jean-Paul (2005) « L'analyse des actions et des discours en situation de travail : concepts, méthodes et applications. », Vol. 115. Peeters Publishers

Le **troisième principe** est l'historicité. Un système d'activité prend forme et se transforme sur une longue période.

Le **quatrième principe** est le rôle central des contradictions dans les changements et l'évolution.

Les transformations importantes des systèmes d'activité constituent le **cinquième principe**.

Les cycles de transformation qualitative étant longs, les contradictions tendent à s'accroître, entraînant la « remise en cause de l'ordre établi ». Un nouveau « collectif » peut alors apparaître.

Cependant, si le modèle proposé par Engeström (Figure 51, page 224) peut laisser supposer un « monde parfait », dans le monde réel, il existe des tensions possibles (les *contradictions*) entre chaque « ligne de médiation » que l'on peut apprécier selon plusieurs approches des théories des organisations. Les tensions ou les conflits, plus ou moins visibles, plus ou moins latents, ont souvent une origine historique, mais aussi le fonctionnement courant de l'activité. Par exemple, dans un contexte innovant ou de réorganisation, ils peuvent être considérés comme des manifestations de *contradictions systémiques* (Engeström, 1995⁴⁸²) au sein et entre les systèmes d'activités qui participent à l'innovation ou qui sont concernés par elle ou par une réorganisation.

La théorie de l'activité voit les *contradictions* comme des forces de changement ou de développement, positives ou négatives. En quelque sorte, ce sont toutes les rétroactions au sein du système ou des systèmes observés. Les contradictions, inhérentes à toute activité humaine, se manifestent dans les *perturbations* comme les problèmes de fonctionnement, les pannes (breakdown) dans les processus de travail, mais aussi dans les approches novatrices pour les résoudre. La notion de panne (*breakdown*) a été choisie par Engeström (1995) pour faire référence à une perturbation dans le fonctionnement normal des choses, forçant l'individu à adopter une position plus réfléchie ou délibérative au regard de l'activité en cours. Néanmoins, surtout lorsqu'elles interviennent entre activités, elles peuvent avoir des conséquences graves. Elles mettent aussi en avant certaines contradictions du système.

Pour Engeström (1995), les « actions standard » de travail sont définies comme des pas procéduraux qui suivent un script dans un processus « normal », exempt de perturbations (système idéal). Les perturbations sont alors les déviations par rapport à ce script modèle.

Dans le cas où une activité portant sur « un objet animé » (vivant), ce schéma présente certaines limites. Dans la santé, le patient est à la fois sujet et objet (voir Processus et objet, page 210), en fonction du rôle qu'on lui donne (participant direct ou indirect, ou non participant) et de l'abord des activités. On peut considérer qu'un protocole, les chemins cliniques ou l'EBM fournissent un cadre d'exécution, une échelle des possibles, un « modèle algorithmique⁴⁸³ » dans lequel les connaissances sont clairement établies et transférables, formant une sorte de recette, un script.

Nous les considérons comme un cadre d'exécution, une échelle des possibles au sein d'une activité, cadre dans lequel les actions, même délimitées, seront « piochées » en lien avec le cas du patient. Une activité est alors un « conteneur », un « sac » d'actions réalisables par rapport à « un cas générique », mais ces actions sont réalisées (« piochées ») en lien avec le cas à traiter et son environnement, un modèle « encapsulé » dans lequel le processus relève de l'intériorisation des cas multiples rencontrés.

⁴⁸² Engeström Yrjö (1995), "Objects contradictions and collaboration in medical cognition. An activity-theoretical perspective" *Artificial Intelligence in medicine*, Vol. 7, p. 395-412

⁴⁸³ Engeström Yrjö, Engeström Ritva, Kärkkäinen Merja (1995) "Polycontextuality and boundary crossing in expert cognition: Learning and problem solving in complex activities" *Learning and instruction*, Pergamon, vol. 5, pp. 319-336

L'une des difficultés est alors de définir la taille de ce conteneur et son contenu, ni trop étroit, ni trop lâche. D'autre part, en fonction de l'expertise des sujets ou de la communauté, voire de sa spécialisation, pour une « même activité » ce conteneur peut être différent. Cela pose aussi le problème des frontières entre activités, aussi bien horizontalement que verticalement. Enfin, la réalisation de ces activités peut se faire dans un réseau prédéfini, notre « contexte fermé », ou ouvert, ce qu'Engeström (2008⁴⁸⁴) nomme le *knotworking* ou Saint-Pierre et Gauthier (2011⁴⁸⁵), les réseaux en action, bien qu'il y ait quelques différences de structuration et de fonctionnement.

Dans la santé, la théorie de l'activité sera initialement développée en Finlande par différents auteurs, dont Korpela et Mursu⁴⁸⁶, dans le cadre du projet ActAd – Activity Analysis and Development. Son objectif principal était de compléter ce cadre conceptuel d'une méthodologie, utilisée dans différents domaines (santé, ERP, etc.) et pays. ActAd considère les activités (le travail) comme une « entité systémique » avec ses éléments constitutifs et les réseaux d'activités. Cette approche s'applique aussi au développement des systèmes d'information (ingénierie), vu comme une activité, en relation avec la mise à disposition « d'instruments-artefacts » aux activités utilisatrices.

Ces auteurs considèrent l'approche sociotechnique des systèmes d'information, appréciés comme étant de l'information, une technologie (reposant ou non sur de l'informatique : systèmes et communications), une organisation et des personnes. Les objectifs du système d'information (qui est aussi un artefact) sont de faciliter et d'aider les activités (de travail). Le système d'information est un système résultant de l'activité humaine. Il correspond à l'utilisation des technologies de l'information (avec ou sans moyens informatiques) dans un collectif de travail aussi bien comme moyen ou outil de travail que comme moyen de communication et de coordination. Les auteurs y définissent le développement des systèmes d'information comme le processus par lequel une activité collective de travail est facilitée par de nouvelles ressources des technologies de l'information au travers de l'analyse, de la conception, de leur introduction et de leur mise en œuvre, avec un soutien constant et durable.

Abordé sous l'angle de la modélisation « technique », le modèle de classe du RIM de HL7 v3 peut s'y appliquer tout comme le principe des archétypes d'EHRCom. De façon simplifiée, les classes abstraites du RIM permettent de définir les sujets, les objets, les actions, leurs regroupements (activités) et leur « participation ». Les archétypes permettent d'en définir la sémantique et de les décrire. Bien qu'il ait fait ses preuves ailleurs, le couplage de ces deux modèles a été totalement rejeté en France.

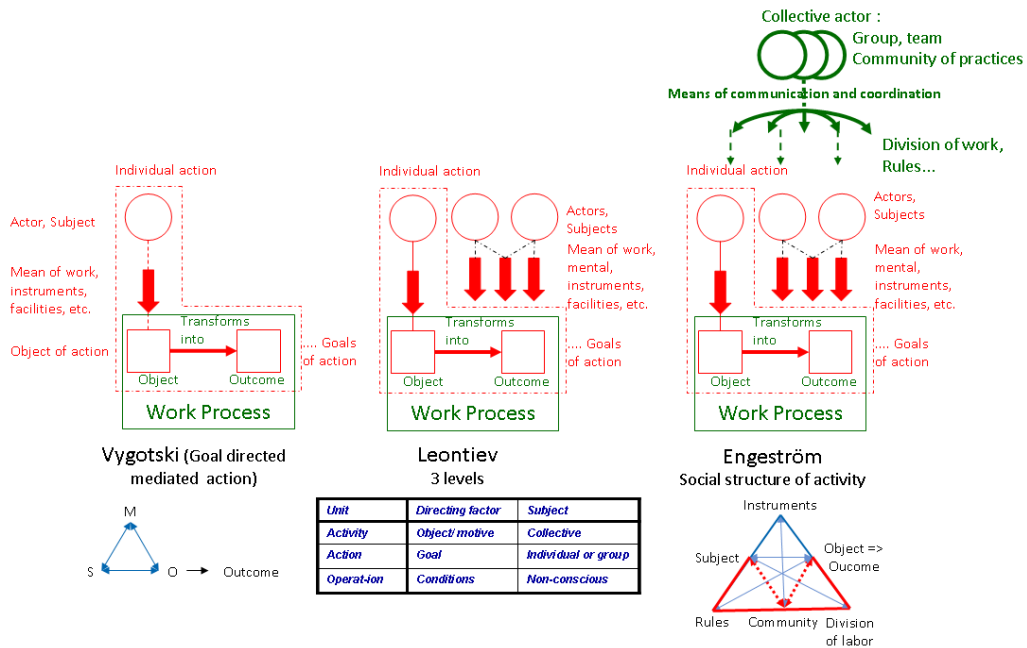
⁴⁸⁴ Engeström (2008). *Op. cit.*

⁴⁸⁵ Saint-Pierre Michèle et Gauthier Jacques-Bernard (2011). *Op. cit.*

⁴⁸⁶ Mursu Ánja, Luukkonen Irmeli, Toivanen Marika, Korpela Mikko (2007) "Activity Theory in information systems research and practice: theoretical underpinnings for an information systems development model" *Information Research*, Vol. 12, n° 3.

Pour Korpela *et al.* (2004⁴⁸⁷), les trois générations sont imbriquées :

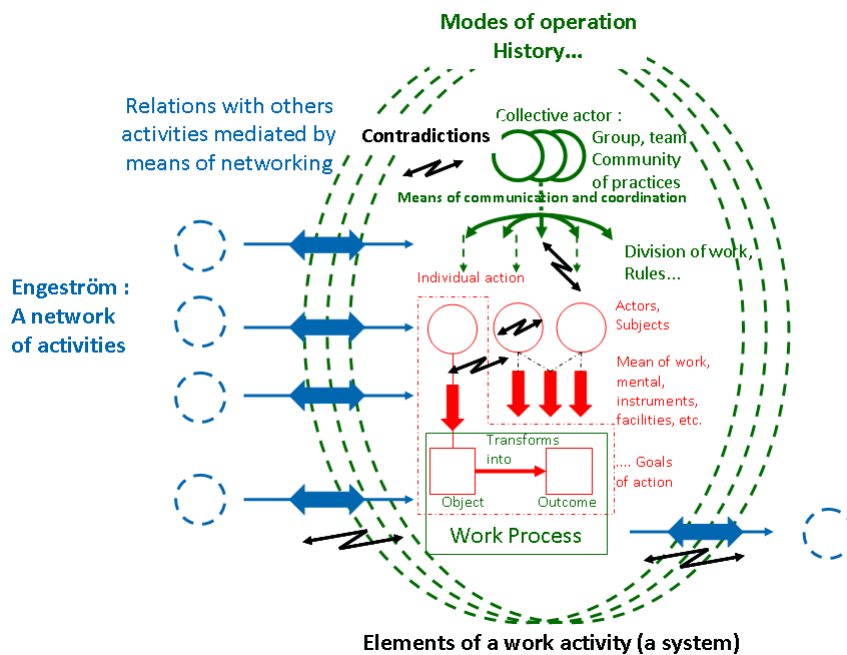
Figure 53 : ActAd : la fusion des 3 modèles



Adapté à partir de Korpela

Pour former un système :

Figure 54 : ActAd : L'activité vue comme un système



Adapté à partir de Korpela

⁴⁸⁷ Korpela Mikko, Häkkinen Heidi, Mursu Ánja, Reikkinen Annamari, Toivanen Marika (2004) "Activity oriented methods for information systems analysis and design: The case of the ActAd approach" University of Kuopio, Finland, 3rd Nordic Conference for Cultural and Activity Research Copenhagen, 3-5 September 2004. Korpela Mikko, Mursu Ánja, Soriyán Abimbola, Eerole Anne, Häkkinen Heidi, Toivanen Marika (2004) "I.S. Research and Development by Activity Analysis and Development: Dead horses or the next wave?" in Kaplan Bonnie, Truex Duane P., Wastell David, Wood-Harper Trevor A., DeGross Janice (2004) "Information systems research: Relevant theory and informed practice" IFIP TC8/WG8.2 Year Retrospective, Kluwer Academic Publishers.

Les actions individuelles prennent place dans un environnement dans lequel les autres sujets interviennent. Les règles, la division du travail et les communautés induisent potentiellement des contradictions tant au sein des activités qu'entre elles. Les relations entre activités s'inscrivent dans un réseau d'activités lui-même soumis à ses propres règles, répartition du travail, communautés... La représentation de Korpela *et al.* est en quelque sorte la vue « inversée » du « triangle d'Engeström », centrée sur le sujet et l'objet.

Les différents éléments clés de la théorie de l'activité, la motivation, les objectifs, les activités, les outils, les résultats, les règles, les communautés (et la division) de travail sont directement applicables à l'analyse des systèmes complexes. Dans notre étude, ils inspirent et viennent en complément de notre approche.

Il est aisément possible de décliner le modèle précédent à différents niveaux d'abstraction de notre système de santé. Les principes de la théorie Conversation/Texte peuvent s'appliquer aux trois modèles synthétisés par Korpela *et al.* Dans notre modèle, nous intégrons le « dossier » comme étant un artefact de médiation à l'intérieur d'une activité. Néanmoins, ces activités comprennent aussi des éléments de conversation, la communication verbale et non verbale, qui occupe une part importante des interactions en santé. En ce sens, le dossier est une synthèse des constats et des actions, entreprises, en cours ou à entreprendre, complété des résultats venant des domaines médico-techniques, mais aussi d'un ensemble d'informations nécessaires à la partie administrative et logistique de la prise en charge. Les zones de « friction ou de contradiction » sont liées aux différents phénomènes inhérents aux activités humaines, mais aussi aux manques ou aux défauts d'interconnexion des systèmes socio-techniques ou technologiques.

Il reste donc difficile de séparer la notion de création de sens (Sensemaking) et d'Organizing de Weick dans ce modèle que vient compléter de la théorie conversation/texte de Taylor. De même, chaque groupe d'activité peut être apprécié selon les modes de formation de sa stratégie en réponse à son environnement, les opportunités ou les contraintes associées. C'est, comme nous l'avons interprété, le modèle de Strategizing de Denis *et al.* (2004).

Si l'objet de l'activité est « partagé » entre deux activités, qu'en est-il de l'artefact « dossier », ou de ce nouvel objet qui apparaît dans la transition entre deux activités (en référence à la Figure 52 : Deux systèmes interagissant – Engeström, page 226), entre leur articulation organisationnelle (Strauss, 1992) ? La question reste posée.

6.7.13 *Processus et fonctions (acteurs)*

Nous nous inspirerons ici du modèle de RM-ODP et l'approche multi-vues qu'il offre. RM-ODP propose cinq points de vue (viewpoint), Entreprise, Information, Fonctionnel (Computational), ingénierie et technologie. Un point de vue est une subdivision de la spécification d'un système complet (l'entreprise), subdivision mise en place pour réunir les éléments d'information particuliers relatifs à une zone de préoccupation singulière lors de la conception du système. S'ils peuvent être spécifiés séparément, les points de vue ne sont pas indépendants, certains éléments clés d'un point de vue étant liés à des éléments des autres points de vue. Ils sont cependant suffisamment indépendants pour pouvoir être abordés séparément. Le modèle commun de RM-ODP fournit le ciment qui les relie tous ensemble.

Le point de vue « Information » décrit les différents éléments d'information (simples ou composites) manipulés, leur signification (sémantique), leurs relations, leur comportement (états et transitions) ainsi que les contraintes associées à leur présentation, à leur utilisation et leur « conservation ». L'approche est à la fois sémantique, structurelle et fonctionnelle.

Le point de vue « Entreprise » se concentre sur l'objectif, la portée et les politiques pour le système. Il décrit les besoins de l'entreprise, et comment elle peut les satisfaire. Dit

autrement, il regroupe des communautés d'entités ayant un (des) objectif (commun). Pour satisfaire ces objectifs, ces entités (ou acteurs – êtres humains, systèmes de traitement d'information ou d'autres ressources) ont un rôle associé à des actions (un comportement). Ces entités, rôles et comportements sont régis par des règles et des contraintes, les politiques, qui s'intègrent dans un environnement. Ils agissent sur des objets (matériels ou immatériels) en produisant des résultats,

Dans les démarches d'analyse des processus, expliciter les fonctions (opérationnelles) au sein des activités nécessite donc de décrire les rôles, sous deux dimensions, ce qu'ils sont dans la théorie (médecin, infirmière, aide-soignante, cuisinier..) en lien avec les politiques, et la réalité, en lien avec les pratiques, que ce soit en matière de tâches réalisées, mais aussi de responsabilités. Nous appellerons ici ces rôles des fonctions. D'autre part, les tâches ou les activités s'enchaînent et s'ordonnent selon les domaines d'activités de façon précise, leur coordination et la coopération constituant souvent des points critiques.

Si dans un système informel, ces fonctions et les informations qu'elles « manipulent » s'orchestrent de façon plus ou moins implicite, la mise en œuvre d'une solution informatisée entraîne les nécessaires descriptions et définitions de ces différents points de vue qui seront « transposés » dans le système d'information « formel ». C'est à ce moment qu'apparaissent les écarts, entre les usages prescrits et les usages réels (Saint-Léger, 2009⁴⁸⁸), l'utilisation pensée et l'utilisation réelle. L'approche proposée par Saint-Léger (Ibid.) permet ainsi de matérialiser les glissements de fonction verticaux (hiérarchiques ou de responsabilité), ou horizontaux, d'enchaînement entre les activités et les contradictions associées.

Cette approche vient en complément de l'explication d'une part des ruptures de flux dans le modèle des processus, d'autre part des contradictions et des breakdown dans le modèle de la théorie des activités. Il peut être utilisé lors de la conception, pour élucider les rôles et les frictions, et en opération courante, pour identifier et résoudre différents problèmes. Ou en vision prospective pour anticiper les changements et mesurer l'effort à fournir.

6.7.14 *Shared-Object, objet-intermédiaire, objet-frontière*

Comme nous le rappelle Vinck (2009⁴⁸⁹), les notions d'objet-intermédiaire et d'objet-frontière ont émergé dans les sciences sociales à la fin des années 1980. Deux phénomènes ont contribué à leur émergence :

- Le développement de la théorie de l'acteur réseau dans laquelle les constructions sociotechniques (énoncé de connaissance, innovation, dispositif, acteur, etc.) sont appréhendées comme des réseaux d'associations entre des entités hétérogènes (humaines et non humaines) obtenues à l'issue d'une opération de traduction ;
- L'interactionnisme symbolique qui refuse les déterminismes tant sociologiques que biologiques pour privilégier l'explication à partir de dynamiques d'interactions observables entre les individus. Il souligne le fait que le sens des phénomènes résulte d'interprétations faites par les acteurs en situation. Ces interprétations tiennent à des cadres interprétatifs qui dérivent des interactions entre acteurs (interactions symboliques verbales et non verbales).

Néanmoins, leurs conditions d'émergence sont différentes. Vinck (Ibid., p. 19) nous rappelle que si la notion d'objet-intermédiaire est cousine de celle de l'objet-frontière, elle ne doit pas être confondue.

⁴⁸⁸ Saint-Léger Guy (2009) « Intégration des usages en phase post-projet avancée : Le risque de glissement de fonction », 14^e conférence de l'AIM, Marrakech

⁴⁸⁹ Vinck Dominique (2009) « De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 3, n° 1, pp. 51-72.

L'objet-intermédiaire est un « *concept qui sert essentiellement à décrire et suivre l'activité de conception et d'innovation à travers la multiplicité des " inscriptions " intermédiaires de l'objet qui circulent et soutiennent le travail collectif... reconstituer les processus à travers lesquels se construit la stabilisation progressive des faits en conception ou en science ; d'où l'intérêt de ne pas distinguer les objets qui circulent à l'intérieur des mondes de ceux qui sont à l'intersection* ». La portée de l'objet-intermédiaire est plus dans la « médiation » que dans l'articulation. Ainsi, ils laissent « une trace » dans les différentes phases d'une conception par exemple, ils sont les marqueurs des « ruptures » entre ces phases. Selon notre compréhension, ces objets observés sous l'angle des « dossiers » tels que présentés dans la Figure 21 : Des dossiers, des besoins et des architectures multiples, du soin à la santé..., page 138, se situent à la frontière entre les emboîtements des différentes formes de dossiers et d'acteurs. Ainsi, chaque frontière est marquée par l'apparition d'un objet-intermédiaire, marqueur de la fin de tout ou partie d'un cycle, d'un épisode de soins. Ramené à l'activité d'Engeström, ce sont l'ensemble des *instruments*, de ses artefacts propres, nécessaires au fonctionnement de l'activité, pris en charge ou générés par le sujet en lien avec l'objet et les outils de la médiation.

La notion d'objet-frontière apparaît dans les interactions entre différents mondes sociaux dans un lieu spécifique. Celle d'objet-intermédiaire dans l'étude d'un grand réseau de coopération scientifique. Initialement, elle a été utilisée pour « *qualifier les choses qui circulaient entre les membres d'un réseau. La notion avait une visée descriptive et ne véhiculait, initialement, aucune charge conceptuelle (Ibid. p 53-54)... L'attention portée par les acteurs à ces objets laissait supposer qu'ils étaient importants... (et) devaient être pris en compte pour comprendre l'action collective, la structuration des réseaux et les résultats sur lesquels ils débouchaient... L'identification et le suivi des objets intermédiaires aidaient alors à cartographier les relations d'acteurs et à documenter leurs pratiques dans cet univers de production de connaissances scientifiques (Ibid. p 55).* »

L'objet-frontière (*boundary-object*, Star et Griesemer, 1989) complète l'approche précédente, en ce sens qu'il ajoute et qu'il insiste sur la capacité d'objets à articuler des mondes sociaux hétérogènes (les interfaces de Chazal). La coopération nécessite de partager une compréhension commune, d'assurer la fiabilité des interactions entre les différents domaines et de recueillir des informations qui conservent leur intégrité dans le temps et l'espace, et ce indépendamment des contingences locales.

Quatre dimensions caractérisent les objets-frontière :

- abstraction : elle facilite le dialogue entre mondes ;
- polyvalence : plusieurs activités ou pratiques sont possibles ;
- modularité : différentes parties de l'objet peuvent servir de base de dialogue entre acteurs ;
- standardisation de l'information incorporée dans l'objet : elle rend interprétable l'information.

L'objet-frontière est « multiple ». Abstrait et concret, général et peu structuré dans « l'usage commun », il est spécifique et fortement structuré dans son « usage local ». Il est suffisamment « flexible » pour s'adapter aux besoins et aux contraintes locaux des différents utilisateurs, il est suffisamment robuste pour maintenir une identité commune entre les lieux d'utilisation (*interpretive flexibility*). Il constitue un pont partiel et provisoire, faiblement structuré dans son usage conjoint et fortement structuré dans son usage au sein de l'un des mondes en présence. Cependant, sa structure est suffisamment commune à tous pour qu'il soit reconnu comme moyen de traduction. Il a différentes significations dans les différents mondes, mais celles-ci sont assez structurées pour être reconnues par les autres mondes sociaux. Enfin, sa création et sa gestion sont un processus clé dans le développement et le

maintien de la cohérence à l'intersection des mondes sociaux. Ce sont en quelque sorte des opérateurs dans la coopération et la coordination entre des acteurs « de mondes hétérogènes ». Ils permettent aussi de décrire comment les acteurs maintiennent leurs différences et leur coopération, comment ils gèrent et restreignent la variété, comment ils se coordonnent dans le temps et dans l'espace.

La notion d'objet-frontière qualifie la manière dont les acteurs établissent et maintiennent une cohérence entre des mondes sociaux en interaction, sans les uniformiser, et sans qu'ils deviennent transparents l'un à l'égard de l'autre. Les objets-frontière sont des « objets marginaux » de ces mondes, mais ils sont néanmoins nécessaires à leur « articulation ». Si, sur le principe, ils ont la capacité à intégrer des groupes d'acteurs aux identités différenciées, ils ont aussi celle d'exclure d'autres groupes du système et d'instaurer des rapports de pouvoir entre eux.

Comme le rappellent Trompette et Vinck (2009), certaines dimensions ont été minorées ou oubliées. C'est le cas de l'incorporation d'une infrastructure invisible où l'objet-frontière transporte un ensemble de conventions, de standards, de normes indexées à une communauté de pratiques. Cette propriété permet notamment de rendre compte des processus de délégation de l'activité, c'est-à-dire la délégation du travail scientifique à des « amateurs » (Ndr. la délégation de tâches en santé [approche verticale] ou à d'autres acteurs sur un processus complet [approche horizontale], avec les problématiques liées aux débordements de Saint-Léger, 2009, Op. cit.) ou de l'action performative des artefacts de connaissance dans la production des savoirs (classification, catégorisation, standardisation matérielle, etc.). À l'instar du dossier comme élément d'infrastructure de l'organisation, celle de l'objet-frontière est transparente et invisible. Elle n'apparaît que lors des défaillances, des ruptures, des épreuves, des « *breakdown* » ou des *contradictions* au sens d'Engeström.

Vu par les théories des organisations, Paul Carlile (2002, 2004⁴⁹⁰), par son approche pragmatique, se propose d'éclairer la nature des connaissances produites (par les activités) et les frontières qui se constituent dans le champ des connaissances (lors de l'articulation). En relation avec la conversation entre acteurs et leur coordination, ses trois registres de dialogue (syntaxique, sémantique et pragmatique) sont un complément venant éclairer les *contradictions* ou *breakdown* possibles dans l'articulation. L'objet-frontière participe à la différenciation, à la gestion et à l'intégration des connaissances entre les domaines en assurant leur traduction selon trois activités associées aux différents registres, respectivement, le transfert, la traduction (l'objet-frontière est un « médiateur cognitif » porteur de compromis acceptables et de visions partagées) et la transformation (divergences d'intérêt, négociation des intérêts et connaissances, construction d'un compromis) où l'objet-frontière joue le rôle de « médiateur social » (pouvoir, alliances, échanges et identités).

Rapporté aux travaux actuels « de l'interopérabilité » dans la santé, le premier niveau (transfert) se concerne l'interopérabilité technique et pour partie à ce qui est actuellement appelé « interopérabilité sémantique » par l'ASIP.

Le transfert (Carlile) ne peut se faire qu'entre systèmes « stables » entre lesquels l'intercompréhension est totalement garantie, sans équivoque. Ainsi, si l'on considère l'envoi d'une image ou d'un fichier de type bureautique ou autre (systèmes techniques de modélisation comme les outils de CAO - DAO), chaque système technique est capable d'interpréter correctement le message, même s'il est « évolué ». Pour ce qui est du contenu, il relève des connaissances et de la cognition de l'utilisateur cible, que le système technique

⁴⁹⁰ Carlile Paul R. (2002, 2004) "Transferring, Translating, and Transforming: An Integrative Framework for Managing Knowledge Across Boundaries" *Organization Science*, Vol. 15, n° 5, p. 555-568

n'est pas (encore) à même de gérer (en dehors de la mise à profit des capacités de stockage et de calcul).

Le second niveau, la traduction, se fait par accord de gré à gré au sein des réseaux formels ou informels. C'est ce que nous appelons l'interopérabilité sémantique, où le sens est partagé (médiation cognitive de la traduction).

Enfin, nous associons le troisième niveau à l'interopérabilité organisationnelle, où la coopération prend alors la forme d'accords formels ou informels, de gré à gré. Vu sous un autre angle, un dossier commun partagé est un objet-frontière qui s'inscrit potentiellement dans ce cadre. En ce sens, il devient un objet sociotechnique complexe ET politique, puisqu'intimement lié aux différentes identités, pratiques et activités de tous les acteurs impliqués ou concernés (Meyer, 2009⁴⁹¹).

Traduction et transformation mettent en jeu des interfaces beaucoup plus complexes au sein desquels nous pouvons considérer qu'un objet-frontière est un sous-ensemble du « shared-object » d'Engeström.

6.8 Les apports à notre démarche

Ces différents cadres et théories ont alimenté, dès sa conception, notre modèle de processus. Celui-ci ne peut et ne doit pas être regardé uniquement sous l'angle fonctionnel (au sens des fonctions informatisables ou informatisées) ou comme démarche organisationnelle destinée seulement à formaliser succinctement quelques « processus » dans l'optique de leur « refonte », sous-entendu, de leur informatisation. Il est alors nécessaire de s'appuyer sur d'autres modèles qui viennent compléter la démarche, de façon à mieux comprendre les différents facteurs influant sur la coopération ou la coordination, entre des acteurs hétérogènes intervenant eux-mêmes dans des activités hétérogènes. Ces acteurs ont chacun leur identité, leurs valeurs...

La conjonction de ces différents modèles permet alors de mieux comprendre les articulations entre les « différents systèmes d'isomorphismes » au niveau méso, voire au niveau micro, isomorphismes vus sous l'angle du parcours. Néanmoins, les chapitres précédents, s'ils parlent de systèmes, d'articulation ou de frontières, nous permettent de nous faire une première idée de ce que peut être la communication sans pour autant élucider notre façon de l'aborder. C'est l'objet du chapitre suivant.

⁴⁹¹ Meyer Morgan (2009) « *Objet-frontière ou Projet-frontière ? Construction (non-) utilisation et politique d'une banque de données* », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 3, n° 1, pp. 127-148

7. La Communication

*“We take then our point of departure from the objective fact that human acts have consequences upon others, that some of these consequences are perceived, and that their perception leads to subsequent effort to control action so as to secure some consequences and avoid others. Following this clew, we are led to remark that the consequences are of two kinds, those which affect the persons directly engaged in a transaction, and those which affect others beyond those immediately concerned. In this distinction, we find the germ of the distinction between the private and the public...” John Dewey, Melvin L. Rogers, 1927. *The Public and Its Problems: An Essay in Political Inquiry*, Alan Sallow p. 12.*

7.1 Introduction

Aborder le domaine de la communication en santé nécessite de restreindre le champ pour rendre ce travail, même empirique et exploratoire, réalisable. Il est nécessaire de faire des choix. Ce champ, tout comme les approches ou les postures épistémologiques, est particulièrement vaste, pour ne pas dire incommensurable. Nous nous proposons, dans le présent chapitre, d’y apporter un éclairage, limité à notre problématique. Nous abordons dans les chapitres suivants les grands principes qui nous ont guidés dans notre travail.

Il est intéressant de constater que si le mot communication a la même racine latine en français et en anglais, c’est John Locke qui semble le premier s’y être intéressé (« *Essai sur l’entendement humain – Essay Concerning Human Understanding* » – 1690⁴⁹²). Ceci explique peut-être pourquoi les Anglo-saxons sont les premiers à s’être intéressés à la communication organisationnelle.

Si l’idée associée à la communication renvoie généralement à l’étude des médias, ce qui reste le courant dominant, une autre approche s’intéresse à la communication organisationnelle, principalement représentée en Amérique du Nord où elle y est considérée comme une discipline à part entière. L’histoire n’est pas sans influence. En France, la situation est plus mitigée. La tradition scientifique en fait le domaine privilégié des sciences humaines et sociales que la sociologie complétera de points de vue riches et multiples après la Seconde Guerre mondiale. Vu sous l’angle de la gestion, c’est plutôt le courant managérial qui prédomine, avec une relative séparation liée elle aussi à l’histoire entre le monde scientifique et celui des praticiens. Il en est de même selon que l’on se « situe » du côté des prescripteurs ou de celui des utilisateurs.

Même si la communication et la parole étaient déjà une préoccupation des philosophes de la Grèce antique, il est communément admis que, pour les premiers théoriciens de la communication, celle-ci se limite au transfert d’une information (le message est un signal) entre une source, l’émetteur, et un destinataire, le récepteur, passif, ce transfert mettant en œuvre un système de codage, de décodage et de transport du signal. C’est un système linéaire, plus ou moins mécanique (mode télégraphique). Le contexte social n’intervient pas, sciemment. Outre le système de codage décodage entre l’émetteur et le récepteur, cette transmission peut être perturbée par du « bruit » (brouillage) venant altérer le message (encodage, transport, décodage). Ce modèle repose sur la théorie mathématique de la communication de Shannon et Weaver publiée en 1949. Le schéma initial n’était destiné qu’à représenter un système de communication de messages discrets. Le travail de vulgarisation et de généralisation à tout système des travaux de Shannon accompli par Weaver contribuera à la popularisation du modèle, mais aussi à ses critiques. Le glissement

⁴⁹² Dans la philosophie de John Locke, le langage est l’un des problèmes centraux de la théorie de la connaissance. C’est certainement à ce titre qu’il est le plus souvent cité, avec Étienne Beaudou de Condillac, dans cette discipline, ou plus particulièrement dans le domaine des ontologies et des terminologies.

sémantique de transmission à communication, mais aussi la généralisation à l'aide d'un modèle mathématique se voulant « universel » n'y sont certainement pas étrangers.

Ce modèle sera repris à la fois par les sciences humaines et sociales dès le début des années 1950, mais aussi par les développements autour des sciences de l'information et de la cybernétique. La communication évolue alors en tant qu'activité sociale permanente à laquelle tous participent. Cette participation s'opère à différents niveaux, selon des modalités multiples. La communication n'est pas déterminée par l'intention qui n'est qu'un moment dans le processus mis en œuvre, de même, il n'y a pas de succès ou d'échec. Enfin, le chercheur fait nécessairement partie du système qu'il étudie, l'écrit ne reflétant qu'une partie du voir.

Sans rechercher l'exhaustivité, nous pouvons aussi citer :

- Les travaux de Théodore Newcomb (1953) qui ajoute la dimension psychosociologique à la communication (modèle ABX, A et B étant des personnes, X étant un objet, physique ou conceptuel) et la notion d'équilibre ou de déséquilibre ;
- Les apports aux théories du management de Mary Parker Follett (1918⁴⁹³) avec, entre autres, la notion du conflit constructif (principe d'intégration) ou l'importance des échanges dans les organisations et de l'ajustement réciproque des individus en interaction dans l'organisation ;
- Le modèle de George Gebner (1956) dans lequel le message est lié à la réalité (un événement du monde réel), le processus de communication reposant sur deux dimensions, la perception et le contrôle : le percepteur, homme ou machine interagit avec le contenu du message (contrôle) ;
- Le modèle de Roman Jakobson (1963) en lien avec ses travaux sur la linguistique, enrichi avec les travaux sur l'ethnographie de la communication de Dell H. Hymes (1984⁴⁹⁴) sur l'observation et l'analyse des relations entre les usages de la parole (les « actes de discours », la parole en tant qu'action) et les structures sociales (le modèle « Speaking »). Selon Masquelier et Trimaille (2012⁴⁹⁵), Hymes a développé « une approche située à la croisée de plusieurs courants de l'anthropologie (Malinowski, Boas), de la linguistique (Sapir, Jakobson et la linguistique de Prague), mais aussi, très tôt, de la sociologie (Goffman et les ethnométhodologues) et de la philosophie du langage (Austin et Searle). »
- Le principe de pertinence de Sperber et Wilson (1989), la pertinence se définit par la minimisation des coûts de traitement et par la maximisation des effets cognitifs produits par un stimulus donné. Selon ces auteurs, deux grands modèles de communication existent :
 - Le modèle du code qui peut se résumer pour l'essentiel aux actions de codage et de décodage autour d'un « référentiel commun »⁴⁹⁶ et ;
 - Le modèle d'inférence (cognition) auquel s'applique le principe de pertinence « *Tout acte de communication ostensive communique la présomption de sa propre pertinence optimale.*⁴⁹⁷ »

⁴⁹³ Ses ouvrages seront « redécouverts » bien plus tard. « *The new state* », paru en 1918, reste le plus cité et réédité.

⁴⁹⁴ Hymes Dell Hathaway (1984) « *Vers la compétence de communication* », Collection « *Langues et apprentissage des langues* », Hatier-Crédif. Hymes distingue 3 niveaux d'appréhension des paroles : *speech events, speech situation and speech acts*, en lien avec une approche « fonctionnaliste » et sociologique de la linguistique.

⁴⁹⁵ Masquelier Bertrand, Trimaille Cyril (2012) « *Introduction Dell Hymes : héritages, débats, renouvellements, branchements.* », *Langage et société*, n° 139, p. 5-19

⁴⁹⁶ C'est le principe, toutes proportions gardées, des messages reposant sur le modèle HL7 en santé (IHE)

⁴⁹⁷ Sperber Dan, Wilson Deirdre (1989) « *La pertinence : communication et cognition* », Éditions de Minuit, Collection « *Propositions* »

- Ou les travaux de John et Mathilda Riley (1965) qui incluent la notion d'appartenance à des groupes sociaux (primaires, secondaires) au sein d'un groupe social global dans le processus de communication.

Les exemples précédents dévoilent une partie la complexité potentielle de l'approche de la communication en santé et l'influence importante du niveau d'approche (micro, méso ou macro), du contexte dans lequel elle prend place, voire de l'intention, selon qu'il y a une volonté de réciprocité (interaction) ou non (transmission), dans toutes leurs variétés. Ils correspondent aussi aux tentatives de nombreux chercheurs de tenter de formaliser, périodiquement, le processus de communication à l'intérieur de « modèles » censés en présenter les éléments constitutifs de façon schématique, claire et fonctionnelle (Picard, 1992⁴⁹⁸). Comme le souligne Picard (Ibid.), « *On peut ainsi distinguer trois grands types de modèles : les modèles " techniques ", principalement axés sur les problèmes de la transmission des signaux ; les modèles linguistiques, privilégiant le message ; et les modèles psychosociologiques, envisageant plutôt la communication dans ses mécanismes psychologiques et sociaux (Ndr. et de contexte, langagiers ou non – la situation, avec le cadre, l'institution, les participants, la relation – les règles, les enjeux...)* ».

Pour Lindlof (2011⁴⁹⁹), la communication en santé (Health communication⁵⁰⁰) est « une sous-discipline » du vaste champ disciplinaire lié aux communications. Reconnue en 1975⁵⁰¹ par l'International communication organization (Ratzan, 1996⁵⁰²) et issue du courant post-positiviste de la recherche en communication, la communication en santé est examinée à différents niveaux d'interaction, en utilisant un large éventail de moyens, de vecteurs et de canaux de communication (Kreps, 2000⁵⁰³). Un cadre modèle est souvent utilisé pour décrire et analyser différents niveaux primaires de la communication en santé, comme la communication intra et interpersonnelle, la communication au sein de groupes restreints, la communication organisationnelle, la communication « de masse » et la communication publique. La communication influe sur les résultats de la santé des patients à de multiples niveaux d'interaction.

La grande variété des paramètres sociaux illustre à la fois la pertinence des enquêtes sur la communication en santé, mais aussi sa complexité. Pour Kreps, cette complexité suggère le besoin d'adopter des perspectives d'analyse multiples, et vraisemblablement un travail interdisciplinaire.

Au début des années 1960, le courant post-positiviste voyait les « médias modernes » comme les agents d'un changement positif, permettant de mettre en contact la population avec des attitudes et des connaissances « modernes ». Les études concernaient principalement la transmission d'informations et les stratégies de persuasion (le modèle de Lasswell et la communication de masse) que l'on retrouve par exemple dans les travaux initiaux d'Everett Rogers sur la diffusion des innovations (1962). Ces études sont toutefois modérées par la prise en compte des facteurs socioculturels dans l'évolution des

⁴⁹⁸ Picard Dominique (1992) « De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles », *Communication et langages*, Vol. 93, n° 1, pp.69-83

⁴⁹⁹ Lindlof et Taylor considèrent que le champ de la communication peut-être divisé en sous-domaines : la communication appliquée, la communication de groupe, la communication en santé, la communication interculturelle, la communication interpersonnelle, le langage et les interactions sociales, les études concernant les médias et les technologies (de la communication), la communication organisationnelle, les études de « performance », la rhétorique et la communication stratégique. Lindlof Thomas R., Taylor Bryan C. (2011) "Qualitative communication research methods" Sage, p. 19

⁵⁰⁰ La revue « Health Communication » (Taylor & Francis) a commencé sa parution en 1989 (4 numéros par an)

⁵⁰¹ La revue annual dédiée (4 numéros par an), the Journal of Health Communication-International perspectif (JOHC) a été créé en 1996.

⁵⁰² Ratzan Scott C. (1996) "The status and scope of health communication." *Journal of Health Communication*, Vol. 1, issue 1, pp. 25-42

⁵⁰³ Kreps Gary L. (2000) "6 The Evolution and Advancement of Health Communication Inquiry". *Communication yearbook* 24, p. 231

comportements et des croyances. Rogers intégrera la participation comme composant clé de la communication (1976). Dans son ouvrage de 1986⁵⁰⁴, il définit alors la communication comme « *le processus par lequel les participants créent et partagent de l'information les uns avec les autres dans le but d'atteindre une compréhension mutuelle* » (notre traduction).

Vu de la santé, l'approche fonctionnaliste traditionnelle, reposant sur les différents niveaux précédents, avait pour objectif d'aider les professionnels de santé à identifier et surmonter les problèmes de communication réels ou perçus affectant tant la santé publique que la réalisation des prestations de soins et de santé. Ces problèmes ont des origines diverses, interpersonnelles, liées aux organisations, aux médias mis en œuvre (les canaux et les vecteurs de communication) ou aux technologies utilisées. Utilisant principalement des méthodes quantitatives (enquêtes), il s'agissait d'aider ces professionnels à prévoir, voire contrôler, les attitudes et des comportements des patients, ou concevoir ou évaluer les interventions permettant d'atteindre les résultats souhaités (Freimuth, Massett et Meltzer, 2006⁵⁰⁵). Il était ou est aussi important, pour ces professionnels, d'avoir une certaine conscience des théories de la communication et des tactiques requises pour rendre leur communication plus efficace (Ratzan, 1996). La définition de la communication en santé ou de santé par le plan américain « Healthy People 2010/2020 » s'inscrit plus ou moins dans ces démarches fonctionnalistes : « *(Health communication is) The art and technique of informing, influencing, and motivating the individual, institutional, and public audiences about important health issues. The scope of health communication includes disease prevention, health promotion, healthcare policy, and the business of healthcare as well as an enhancement of the quality of life and health of individuals within the community.* » Vue simplement, cette communication vise à créer du sens commun autour de la santé, des soins et de leurs conditions (Sparks, 2014⁵⁰⁶). C'est le composant central de l'offre des soins et la promotion (des informations) de la santé publique. Vu sous un autre angle, l'Institut Picker (2011⁵⁰⁷) considère que la communication « *encompasses the exchange and sharing of information among several key players of the healthcare team, including communications between patients/families and providers, as well as among providers collectively responsible for a patient's care. Communication is a foundation of effective patient-provider partnerships. It is a theme constant in any interaction a patient may have with the healthcare system.* » Et de décliner ses huit principes pour des soins centrés sur le patient.

Nazione *et al.* (2013) confirment les travaux de Freimuth, mais indiquent que les pathologies restent la préoccupation première des publications, majoritairement américaines, dans les deux revues étudiées (HC & JOHC), principalement avec le cancer, le tabac et le Sida.

Nous relevons deux faits étonnants : au regard des alertes de l'OMS et du contexte nord-américain, les pathologies cardio-vasculaires (ou métaboliques) sont peu représentées. Alors que les sources sont majoritairement américaines, il en est de même pour les thématiques qui sont liées au plan américain « Healthy people 2010/2020 » (accès aux services de santé, programmes éducatifs et communautaires, infrastructures de santé publique, inégalités de santé et la santé mondiale) que l'on retrouve dans les priorités de l'OMS. Autre particularité, moins d'une étude sur deux fait référence à un support théorique. Les politiques de santé

⁵⁰⁴ Rogers Everett (1986) "Communication Technology: The New Media in Society" Free Press, p. 200 "communication is a process in which participants create and share information with one another in order to reach a mutual understanding". Néanmoins, même si son modèle reste fortement apprécié et maintes fois amendé, les tensions et conflits possibles entre acteurs ou groupes d'acteurs ou leurs stratégies semblent insuffisamment mis en valeur.

⁵⁰⁵ Freimuth, Vicki S., Holly A. Massett, and Wendy Meltzer (2006) "A descriptive analysis of 10 years of research published in the Journal of Health Communication." *Journal of health communication*, Vol. 11, issue 1, pp. 11–20. Voir le tableau n° 1, p. 15.

⁵⁰⁶ Sparks Lisa (2014) "Health Communication and Care giving Research, Policy, and Practice" in Talley & Travis (ed.). "Multidisciplinary Coordinated Care giving: Research-Practice-Policy" Springer, p. 131.

⁵⁰⁷ Picker Institute (2011) "Always events. [Creating an optimal patient experience](#)" in October 2011, Site Internet.

représentent environ 3 % des articles. Si les inégalités en santé sont une préoccupation croissante, y compris dans les « pays développés », elles restent peu étudiées.

Les sujets qui ne sont pas liés à la santé physique (aux pathologies) concernent principalement la communication par les médias (mass-media, 21,2 %), la communication entre professionnels et patients (13,8 %) et Internet (13,2 %). La communication entre professionnels ne concerne que 1,1 % des articles. À croire que ce sujet intéresse peu de monde... Pourtant, une étude de l'AMIA de 2006 recensait plusieurs obstacles à une communication efficiente (au sens large), par ordre décroissant d'importance :

- la difficulté pour obtenir, traiter et comprendre ou interpréter les données de santé ;
- la complexité des systèmes de santé ;
- les pressions liées aux pratiques ;
- les problèmes liés à la culture et à la langue (les migrations internationales tendent à les renforcer) ;
- le manque de formation des professionnels de santé sur les stratégies d'une communication efficace ;
- la faible capacité (pour environ 50 % aux États-Unis) de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de sa vie (Health literacy ou la littératie en santé, selon la définition de l'Association canadienne de la santé publique⁵⁰⁸)

Selon Lindlof, les approches fonctionnalistes ont soulevé différentes critiques, souvent parce qu'elles reposent ou reproduisent l'autorité hiérarchique des professionnels de santé sur les patients. Elles offrent une vue « tronquée de la réalité » alors que le positionnement des patients évolue (cela est vrai aussi entre et pour les professionnels de santé [*Information syndicale*]). Différents facteurs, comme l'apparition des premiers groupes organisés autour d'une pathologie comme avec le Sida dans les années 1980, ou les réseaux de soins ou de santé en France, ont marqué cette évolution. D'autre part, au moins en France, la Loi Kouchner de 2002 modifie le positionnement des acteurs dans le système de santé et marque un tournant plus profond. Elle marque aussi le commencement de ce qui sera appelé ultérieurement la démocratie sanitaire, sans que cette notion soit réellement définie. Les approches centrées sur le monde hospitalier et les pathologies tendent à évoluer vers un monde dit « centré sur le patient ». Néanmoins, dans une perspective consumériste de la santé, la communication est à la fois un problème et une solution. Le positionnement des patients experts faisant aussi évoluer la notion d'asymétrie de l'information à celle d'asymétrie des connaissances (Boudier *et al.* 2012⁵⁰⁹)

Il est possible de faire ici un parallèle avec les approches marketing apparues à la fin des années 1990 dites « centrées sur les clients » qui ont donné lieu aux solutions de type CRM – Customer Relationship management – les outils de la gestion de la relation client. Néanmoins, le patient n'est pas « un client comme un autre... » L'évolution récente des attentes des patients en est un exemple avec la notion de « droit à l'oubli⁵¹⁰ » créé par les députés en avril 2015 lors des premières discussions sur la Loi de santé pour 2016. Celle-ci fait écho aux débats souvent passionnés, auxquels a donné lieu la notion de « masquage » (et de masquage du masquage concernant le patient, les professionnels, et l'ensemble des cas possibles) lors des travaux préparatoires du DMP auxquels nous avons participé. Ou dans les demandes récurrentes des patients à être au côté des professionnels de santé avec la mise en

⁵⁰⁸ Voir p. ex. INPES : Langis Irène (2014) « [Littératie et déterminants de santé](#) », journées de la prévention, INPES, 3, 4 et 5 juin 2014

⁵⁰⁹ Boudier Fabienne, Bensebaa Faouzi, Jablanczy Adrienne (2012) « L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. », *Innovations*, n° 39, p. 13-25

⁵¹⁰ Dans un premier temps, il ne concerne que les patients ayant eu un cancer 15 ans après l'arrêt du traitement.

œuvre du « Shared decision-making », et non au centre des préoccupations, comme cela a maintes fois été évoqué lors de l'Université d'été de l'ANAP à Tours au mois d'août 2015. Cette approche a toutefois ses limites, comme le montre notamment Gisquet (2006⁵¹¹).

Pour Lindlof, l'intérêt des méthodes qualitatives est de repositionner les patients et les différents acteurs dans le champ de la médecine et d'intégrer d'autres dimensions comme la subjectivité ou d'autres aspects des relations sociales. Comme le rappellent Zoller et Kline (2008⁵¹²), l'intérêt de ces méthodes avait été mis en avant lors du lancement de la revue *Health Communication* en 1989. *“Teresa Thompson (1989) also noted the need for health communication research to be more socially relevant and useful to practitioners ... especially (Ndr. [including researchers from]) behavioral science, (social) psychology, but also sociology, anthropology, political science, and even history.”*

Les méthodes qualitatives permettent aussi de mettre en exergue le rôle des facteurs sociaux dans la co-construction des significations culturelles, importantes et parfois contradictoires, comme celles liées à la maladie, à la douleur, à la souffrance et à la mort, mais aussi l'importance des formes et des contenus des communications en lien avec ces contextes sociaux, en fonction des « sujets » (émetteurs et patients), des « objets » (patient), du contexte et des « destinataires » (récepteurs). Les interviews, les observations et les analyses textuelles permettent de valider les données déclaratives tirées des enquêtes et de mettre au premier plan la parole des patients et des professionnels, dont les relations constituent la vie sociale de la médecine (Kreps, 2008⁵¹³). Ces méthodes sont particulièrement utiles dans la capture de « la réalité du terrain », notamment en réinterprétant le rôle des patients (ou leur entourage) comme acteurs actifs (« actants »), gestionnaires et créateurs des significations de leur santé et de la maladie (Vanderford, Jenks et Sharf, 1997⁵¹⁴, Sharf et Street, 1997⁵¹⁵).

La recherche sur communication en santé est aussi concernée par certains changements de paradigmes. Dans leur étude, Zoller et Kline (Op. cit.) voient plusieurs tendances se faire jour, avec l'émergence et l'intégration de l'interprétativisme et des paradigmes critiques. En conséquence, affirment-ils, les recherches sont devenues plus interdisciplinaires et internationales dans leur mise au point, plus ouvertes à la réalisation d'études participatives et collaboratives, et plus éthiques et politiquement sophistiquées. Ils concluent que, généralement, ces nouveaux paradigmes ont encouragé les chercheurs à remettre en question l'objectivisme qui domine les sciences médicales et sociales et passer « *d'une vue représentative de la communication comme un rôle déterminant dans la réalisation de l'efficacité à une vue constitutive qui envisage la santé, les identités et les relations de pouvoir comme mutuellement construites* » (p. 109, notre traduction).

L'étude d'Ellingson (2003⁵¹⁶) citée par les auteurs est un exemple « récent » de la communication « en coulisses » (la dramaturgie) qui prend place entre les membres d'une équipe interdisciplinaire en oncologie gériatrique dans un centre du cancer. On retrouve ces mêmes approches ou études en France souvent dans des contextes critiques comme la réanimation pédiatrique.

⁵¹¹ Gisquet Elsa (2006) « Vers une réelle ingérence des profanes ? Le mythe de la décision médicale partagée à travers le cas des décisions d'arrêt de vie en réanimation néonatale. », *Recherches familiales*, n° 3, p. 61-73

⁵¹² Zoller Heather K., Kline Kimberly N. (2008) “Theoretical contributions of interpretative and critical research in health communication”, in Beck Christina (Ed.), *Communication Yearbook*, Vol. 32, chap. 3, pp. 89-136. New York: Routledge Editions

⁵¹³ Kreps Gary L. (2008) “Qualitative inquiry and the future of health communication research.” *Qualitative Research Reports in Communication*, Vol. 9, issue 1, pp. 2-12.

⁵¹⁴ Vanderford, Marsha L., Jenks Elaine B., Sharf Barbara F. (1997) “Exploring patients’ experiences as a primary source of meaning.” *Health Communication*, Vol. 9, issue 1, pp. 13-26.

⁵¹⁵ Sharf Barbara F., Street Richard I. (1997) “The Patient as a Central Construct: Shifting Emphasis.” *Health Communication*, Vol. 9, issue 1, pp. 1-11.

⁵¹⁶ Ellingson Laura L. (2003) “Interdisciplinary Health Care Teamwork in the Clinic Backstage” *Journal of Applied Communication Research*, Vol. 31, n° 2 May 2003, pp. 93-117. Cet auteur s'intéresse aussi à la place du corps dans les discours et la construction, les chercheurs faisant souvent abstraction du leur et de leurs propres connaissances dans leurs recherches.

Ainsi, la SFMG⁵¹⁷ s'interroge-t-elle en 2007 sur la place de la sociologie et de l'anthropologie dans la santé. Elle pose notamment la question suivante : « *La médecine est-elle une science, un art, une technique, une relation d'aide ? Et si elle est une science, est-elle une science humaine ou une science biologique ? La réponse ne peut être tranchée en quelques mots, elle nécessite un débat approfondi. Il n'est même pas sûr qu'une vérité surgisse de la discussion, chacun défendant ses arguments sans qu'aucun ne soit décisif.* »

La HAS⁵¹⁸ ouvre une autre dimension en 2011, en abordant la notion d'« expérience patient », par l'intermédiaire de questionnaires de satisfaction. Enfin, les sciences sociales ouvrent d'autres champs de recherche. Citons, pour mémoire, les notions de mensonge (Fainzang, 2006⁵¹⁹ ou Palmieri, 2009⁵²⁰), de confiance ou de vérité, y compris face à la mort (Clément-Hryniewicz, 2014⁵²¹), sans oublier l'éthique et ses valeurs multiples (Grémy, 2008⁵²²) ou le droit qui occupent une part importante pour ce qui concerne la communication en, dans, de la ou sur la santé. Cette synthèse ne doit pas faire oublier la place de plus importante des TIC. Ces dernières remarques valent tant pour la relation entre les différents acteurs au plus près de soins et de la santé, mais aussi pour tous les autres niveaux, ce qui explique certainement la grande richesse de cette discipline.

Communication, un mot, des sens, des approches. Nous développons ces thématiques dans les chapitres suivants.

7.2 La communication, vue de l'ontologie du W3C

D'une façon normalisée, dans les espaces de noms du W3C pour les approches sémantiques, en lien avec l'ontologie PROV qui repose sur l'espace de nom PROV-DM, la « *Communication is the exchange of some unspecified entity by two activities, one activity using some entity generated by the other.* »

Elle met donc en relation des entités décrites comme suit : “*An entity is a physical, digital, conceptual, or other kind of thing with some fixed aspects; entities may be real or imaginary.*”

Cette relation étant induite par la notion d'activité : “*An activity is something that occurs over a period of time and acts upon or with entities; it may include consuming, processing, transforming, modifying, relocating, using, or generating entities.*”⁵²³

La première et la seconde définition nous rapprochent de la mise en relation de deux activités par le « shared-object » d'Engeström. Cependant, dans la troisième définition, ces entités sont plus ou moins étendues à la notion d'objet de la théorie de l'activité. Sur le principe, les influences entre les différents modèles étant multiples, y compris de ceux venant de l'industrie logicielle, la notion d'entité, dans la santé, peut renvoyer à la même notion issue du RIM de HL7, modèle de classes dans lequel une entité correspond à quelque chose de matériel ou d'immatériel, une organisation, une division dans une entreprise, une personne, un être vivant, un objet, etc.

⁵¹⁷ SFMG (2007) « *Sociologie et anthropologie : Quels apports pour la médecine générale ?* », in *Documents de recherche en médecine générale, Société française de médecine générale*, n° 67, novembre 2007

⁵¹⁸ HAS (2011) « *Mesure de l'expérience du patient. Analyse des initiatives internationales* », HAS, avril 2011, site [Internet](#)

⁵¹⁹ Fainzang Sylvie (2006) « *La relation médecins-malades : information et mensonge* », Presses universitaires de France

⁵²⁰ Palmieri John J., Stern Theodore A. (2009) “[Lies in doctor patient relationship](#)” *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 11, issue 4, pp. 163 :188.

⁵²¹ Clément-Hryniewicz Nathalie (2014) « *Éthique de l'annonce en soins palliatifs : la “vérité” en question.* », *Revue internationale de soins palliatifs*, Vol. 29, pp. 125-131

⁵²² Grémy François (2008) « *De quelques dimensions éthiques et philosophiques de la décision en santé publique... et ailleurs.* », *Santé Publique*, Vol. 20, p. 327-339

⁵²³ Source : W3C (2013) “*The PROV namespace*” W3C Document, 19/05/2013 URL : <http://www.w3.org/ns/prov>

7.3 Et du CNRTL

Il faut entendre ici la communication dans le sens de correspondance qui, selon les définitions du CNRTL, est « *une relation, un rapport de communication entre des personnes, par échange de lettres, de messages, etc. ou des signes* ». La communication étant, d'une façon générale, l'action de communiquer quelque chose à quelqu'un, le résultat de cette action. Pour les linguistes, la psychologie ou les sciences sociales, c'est le « *Processus par lequel une personne (ou un groupe de personnes) émet un message et le transmet à une autre personne (ou groupe de personnes) qui le reçoit, avec une marge d'erreurs possibles (due d'une part au codage de la langue parlée ou écrite, langage gestuel ou autres signes et symboles par l'émetteur, puis au décodage du message par le récepteur, et, d'autre part, au véhicule ou au canal de communication emprunté)* ».

Communiquer, au sens courant, c'est « *Faire part de, donner connaissance de quelque chose à quelqu'un, par relation plus ou moins directe avec le destinataire* ». Cette communication peut donner lieu à un échange, vu comme, au sens littéral, l'« *Action ou fait de donner une chose et d'en recevoir une autre en contrepartie ; résultat de cette action* ». L'échange introduit alors la notion de réciprocité, de contrepartie, d'engagement ou de contrat, explicite ou implicite.

La notion de partage d'information semble, sur le plan étymologique et sémantique, mal appropriée. Par définition, le partage, s'il est le fait de partager quelque chose avec quelqu'un, sous-entend l'idée de l'« *Action de partager, de diviser en parts ; le résultat de cette action ; la manière de partager* ». On se partage ainsi un repas, un héritage ou le pouvoir. Dans notre contexte, la notion de partage peut alors prendre deux acceptions différentes :

- Mettre à disposition une partie des données, des informations ou de la connaissance que l'on possède sur quelque chose ou quelqu'un. Les données partagées, en lien à l'étymologie de partage, sont alors un « sous-ensemble » des données ou des connaissances relatives à l'objet dans ce partage. Ce partage peut être direct, *in situ*, en donnant accès à ses données propres, ou il peut être indirect, par l'extraction, le filtrage, le traitement ou la synthèse de ces données, puis leur transmission⁵²⁴. On revient alors à la notion de communiquer ;
- Ou le fait de mettre en commun l'ensemble des données relatives à un objet donné.

Dans le premier cas, on retrouve ces principes dans les modèles courants d'accès restreint à un sous-domaine d'un système. Dans le second cas, on retrouve plus ou moins le principe du DMP. Mais, à partir du moment où cette mise en commun et l'accès à l'information dépendent de droits et d'autorisations particulières, on en revient au premier cas ci-dessus. Cela vaut aussi pour les connaissances propres de l'individu ou d'un groupe. C'est aussi la situation la plus courante et la plus naturelle.

7.4 Communication organisationnelle : prémices

L'approche de la communication entre organisations se fait souvent par le prisme d'une discipline, la gestion, la psychologie, la sociologie..., d'un contexte particulier (professionnel ou lié à un métier, des techniques, des technologies, une organisation singulière, etc.) ou par l'intermédiaire de la dimension « organisationnelle ». Dans ce dernier cas, même si elle intéresse l'ensemble de la communication organisationnelle⁵²⁵, l'une des synthèses les plus

⁵²⁴ CNRTL, dans l'acceptation courante « *Action de transmettre, de faire passer quelque chose à quelqu'un ; résultat de cette action* ». Vu sous l'angle des communications, c'est l'« *Opération par laquelle un signal, un message est acheminé d'un émetteur vers un récepteur, d'un lieu à un autre* ». Notons que ce signal ou ce message peuvent prendre des formes diverses, reposant généralement sur une technologie, de toute nature.

⁵²⁵ Grosjean Sylvie, Bonneville Luc et al. (2010) « *La communication organisationnelle* », Montréal : Chenelière Éducation inc.

complètes en santé semble être celle de Cherba et Vásquez (2014⁵²⁶) qui abordent les dynamiques organisationnelles et communicationnelles des organisations de santé autour de 4 thèmes principaux dont nous proposons une synthèse ci-dessous. L'idée est d'élargir la notion d'organisation de santé à celle de « santé organisée⁵²⁷ » en mettant aussi l'accent sur la communication dite organisationnelle, que Mayère (2013⁵²⁸) appréhende comme un processus organisant (« *organizing* »), la communication étant vue comme constitutive des organisations (CCO, McPhee et Zaug, 2000⁵²⁹) et comme participant dans le même mouvement à la formation des identités collectives et individuelles.

Succinctement, pour McPhee et Zaug, l'organisation est un effet de la communication, elle ne la précède pas. Dans leur cadre d'explication, McPhee et Zaug considèrent que quatre types de flux formant la communication (l'auto-structuration organisationnelle, la négociation d'appartenance [Membership], la coordination des activités, le positionnement institutionnel) sont générateurs d'une structure sociale au travers des interactions entre les acteurs. La CCO s'inspire et s'inscrit dans les travaux précédents de Weick (sensemaking et organizing), Smith (les métaphores de la relation entre organisation et communication), Boden (les actes de communication), Taylor (relations entre organisation et communication) ou Deetz et Mumby (relations entre information, communication et pouvoir), Giddens (théorie de la structuration). Les processus génériques de communication se composent de flux de messages et de processus d'interaction.

En synthèse, pour Cherba et Vásquez, la communication organisationnelle permet d'assurer :

- A) La coordination et la collaboration aux niveaux intra et inter-organisationnels (dont les réseaux). Les auteurs mettent en avant trois thématiques de fond associées :
 - La constitution et la distribution des savoirs, généralement « situées » (relèves dans les hôpitaux, savoir-faire communicationnels aux urgences...), et les TIC, comme outils contributifs à l'apprentissage organisationnel, transformant les formes et les modes de coopération et de collaboration, en se plaçant au centre de l'évolution des réseaux de santé ;
 - Le réseau comme mode spécifique de coordination des organisations de santé, le terme réseau recouvrant plusieurs acceptions. Vus comme une forme d'action collective, ils sont un objet d'analyse intéressant dans une optique communicationnelle. Leur grand nombre soulève une question de fond : cette multiplicité risque de créer de nouveaux cloisonnements, la question de leur coordination et de la cohérence inter-réseau est un enjeu majeur.
- Nous faisons nous-mêmes un constat similaire à celui de Cott (1997⁵³⁰), “*the structure of the team acts to reproduce and perpetuate control of the division of labour within healthcare teams.*” Lorsqu'ils sont associés à des structures hospitalières ou lorsqu'ils prennent de l'importance, ils ont tendance à reproduire un mode de fonctionnement similaire à celui des organisations auxquelles ils essayaient « d'échapper » ;

⁵²⁶ Cherba Maria, Vásquez Consuelo (2012, 2014) « étudier la communication organisationnelle et santé des organisations de santé au health organizing. », *Communication & Organisation* 1/2014, n° 45, pp. 223-242

⁵²⁷ Citant De Terssac, dans un contexte plus vaste, incluant la santé au travail.

⁵²⁸ Mayère Anne (2013) « *Communication organisationnelle et organisation de santé : enjeux et perspectives* », *Communiquer*, n° 8|2013, pp. 99-111

⁵²⁹ McPhee Robert D., Zaug Pamela (2000) “*The communicative constitution of organizations: A framework for explanation.*” *Electronic Journal of Communication*, Vol. 10, n° 1-2

⁵³⁰ Cott Cheryl (1997) “*We decide, you carry it out: A social network analysis of multidisciplinary long-term care teams*” *Social Science and Medicine*, Vol. 45, Issue 9, pp. 1411-1421.

- Les approches à mettre en œuvre pour étudier la coordination et la collaboration s'inspirent généralement des approches systémiques et interactionnelles selon deux axes principaux : les pratiques quotidiennes en vue de les améliorer, et les structures organisationnelles (hiérarchies, interactions, négociation...) selon une approche critique.
- B) Le ou les changements dans la ou les organisations de santé, concernant :
 - Les modes de gestion et de culture organisationnelle, aussi bien par la « rationalisation » des activités liées aux soins que par les mises en œuvre des stratégies gestionnaires. En lien avec le premier point ci-dessus, les TIC sont fréquemment perçues comme coercitives et support de ces stratégies ;
 - Les changements structurels et les nouvelles formes d'organisation, avec un objectif de performance (meilleure coordination, amélioration de la qualité, diminution des coûts), induisant des transformations importantes des formes de coopération ou de coordination. Les études concernent majoritairement les « grosses organisations ». Les « nouvelles structures collectives » (Maisons, pôles et centres de santé) en croissance en France peuvent être un objet de recherche permettant de compléter ces approches ;
 - Les approches pour étudier le changement selon deux courants épistémologiques :
 - Une logique rationaliste : le changement est un processus linéaire. Il est nécessaire de trouver le rouage qui ne fonctionne pas pour vaincre l'inertie apparente des organisations de santé ;
 - Une approche dynamique et processuelle, l'approche dynamique du changement (Denis, cité par les auteurs) avec des méthodes multiples d'observation des expériences quotidiennes des acteurs.
- C) La gouvernance, la régulation et les modes de gestion des organisations de santé, par :
 - La rationalisation, la normalisation et la construction de sens. La rationalisation étant vue comme un triple processus :
 - D'optimisation (rationalité en finalité) par la recherche de la meilleure adéquation possible entre ressources matérielles technologiques et humaines (standardisation et normalisation, division et spécialisation du travail, évaluation des résultats et indicateurs de mesure) ;
 - De codification pour objectiver les organisations par l'usage de l'écrit (règles, procédures et processus formalisés.) ;
 - De justification, pour expliciter la rationalité des choix effectués ;

Ce triple processus se retrouve dans les objectifs de régulation des activités de soins portés par les différentes réformes du système de santé comme le remarque notamment Gentil (2013⁵³¹).
 - Les approches pour étudier la gouvernance des organisations de santé. Quatre approches sont abordées :
 - Interactionnelle, avec les notions d'ordre ou d'équilibre négocié pour comprendre le processus de production et de diffusion des règles au sein des organisations ;
 - Critique, par l'analyse des rapports de pouvoir dans les organisations et l'analyse ou la critique des discours et des dimensions politiques autour de ces organisations ;

⁵³¹ Gentil Stéphanie (2013) « Les "agencements organisationnels" des situations perturbées : la coordination d'un bloc opératoire à la pointe de la rationalisation industrielle », *Revue internationale Communication sociale et politique – RICSP*, n° 8, p. 65-80

- La vision constitutive des organisations, par l'analyse de la gouvernance et de la régulation selon les axes institutionnels, environnementaux, organisationnels et individuels ;
 - Interprétative et processuelle, en analysant le processus de « sensemaking » de la gouvernance et de la régulation au travers des pratiques et des interprétations des acteurs.
- D) L'évolution des acteurs et des identités professionnelles au sein des organisations de santé, mettant l'accent sur la transformation des rôles, des pratiques et des identités avec :
- Le rôle du patient et la modification de la relation patient-médecin. Si la notion de patient-partenaire s'invite aujourd'hui dans les formations des futurs professionnels de santé au Québec, la notion de « démocratie sanitaire » en France est différente et suppose « *une participation active du patient au système de santé et met l'accent sur le respect de libertés fondamentales du patient et son droit à l'information* ». En France, elle plaide pour le pouvoir décisionnel du patient et conteste le paternalisme médical (Batifoulier, 2012⁵³²). Si, dans ce contexte, différentes actions sont « en marche », les représentants des usagers revendiquent par exemple la codécision, le « partage thérapeutique », notamment dans le contexte de certaines pathologies lourdes, en lieu et place du modèle « centré sur le patient⁵³³ ». Les TIC et l'informatisation modifient la relation patient-médecin (ou plus généralement entre le patient et un professionnel de santé), en « *altérant la relation d'autorité du médecin sur le patient* ». De même, le positionnement du patient dans le système de santé évolue fortement, passant de malade à patient, usager, citoyen, voire à client en fonction des contextes.
 - Les tensions dans les pratiques et les transformations dans les identités professionnelles. Les tensions tendent à la remise en cause du rôle du médecin, voire de son expertise, à la fois par les patients, mais aussi par les différentes réformes du système de santé. Par exemple, les médecins voient leurs marges de liberté s'amenuiser, tant par la rationalisation « imposée » que par la remise en cause plus ou moins importante de leur modèle d'exercice (la « charte de 1927 » et ses déclinaisons) auquel la plupart des syndicats professionnels sont particulièrement attachés, pas forcément pour les mêmes raisons, indépendamment des formes d'exercice et du statut de ces professionnels ;
 - Les approches à retenir pour étudier les acteurs, par l'analyse des interactions dans les organisations du travail et le sens donné au travail, ou de façon plus critique, par celle d'autres facteurs comme la féminisation des métiers jusque-là généralement masculins ou la masculinisation de métiers jusque-là souvent féminins. Les TIC deviennent indissociables des organisations de santé dans une logique de co-construction. La socio-matérialité considère les TIC non pas comme « simple outil », mais comme acteur actif dans les organisations.

Leur démarche complète partiellement notre approche, nous avons un certain nombre d'auteurs communs, bien que notre point de vue soit légèrement différent. Concernant notre problématique, nous nous intéressons plus particulièrement au point A) ci-dessus, sans pour autant éluder les autres points.

⁵³² Batifoulier Philippe (2010) « *Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin* », *Revue Française de Socio-Économie*, n° 10, p. 155-174

⁵³³ Martin Pierre (2015) « *Une posture parfois "paternaliste" du corps médical fait obstacle à la "décision thérapeutique partagée" (représentante d'usagers)* », dépêche APM-New du 31 août 2015, Université d'été de l'ANAP

Ces approches s'inscrivent dans les démarches autour de la communication vue comme l'essence du travail d'organisation (« Organizing work »), complémentaire des approches de Weick sur la dynamique organisationnelle (« organizing ») et de la construction du sens (« sensemaking »), et de la théorie Conversation-Texte, aussi appelée « Theory of the Montreal School », développée par Taylor et nombre de chercheurs, Brumman, Cooren, Putnam, Van Every, Vásquez... pour ne citer qu'eux. Ce courant se veut interprétatif, par distinction avec le courant fonctionnaliste ou structuraliste. Les grands principes sont abordés dans le chapitre 7.5 : La communication organisationnelle, page 249 et suiv.

Appliqué aux organisations, ce courant permet par exemple d'appréhender le changement de rôle des hôpitaux, comme celui induit par leur passage d'entités productrices de soins à celles d'organisation de cette production des soins, dépassant ainsi « *leurs frontières propres* » pour élargir leurs missions au niveau d'un territoire. On retrouve ces changements dans les différentes lois organisant le système de santé avec, en préliminaires, la mise en place des SROS par les lois Évin de 1991, suivi de la création des ARH (1996) puis des ARS (2009) en France. Ces changements de rôle souhaités ne vont pas sans soulever différentes questions, que ce soit au sein des organisations elles-mêmes, mais aussi d'autres partenaires, remettant parfois en cause leurs propres positionnements, voire leurs propres « institutions ».

Cependant, le tissu sanitaire en France comporte de façon simplifiée quatre types d'acteurs principaux (dans la production des soins) :

- Les hôpitaux publics, les plus nombreux (pour la partie hospitalière), avec d'importantes différences pour ce qui concerne la taille des établissements, du CHU à l'hôpital local, l'étendue de leur activité ou leur implantation géographique ;
- Les ESPIC, anciennement PSPH, établissements de santé privés d'intérêt collectif (secteur non lucratif) ;
- Les cliniques ou les groupes de cliniques privées (secteur lucratif) et ;
- Les professionnels du monde libéral.

Chaque grand groupe d'acteurs, chaque organisation, de l'exercice individuel aux formes d'organisation regroupant plusieurs dizaines ou centaines de professionnels de santé, en relation aussi avec son histoire, est marqué par ses modes d'organisation influant sur sa communication et les formes de celles-ci, mais aussi par ses stratégies d'adaptation aux différents contextes, politiques, territoriaux, populationnels (patients et professions)... et de concurrence ou de collaboration. Vue depuis l'extérieur de ces organisations, leur collaboration s'effectue volontairement, au travers de réseaux informels, dynamiques, tendant à préserver les intérêts (généraux ou particuliers) de chacun.

Pour Denis (2008⁵³⁴), un réseau est un « *Ensemble d'organisations coordonnées ni par le prix ni par l'autorité, mais engagées dans des actions de coopération mobilisant entre autres, la confiance, l'échange d'informations, des relations de dons/contre dons, des routines, des valeurs partagées... Toute forme d'action collective présentant une certaine stabilité, s'exprimant dans un contexte de pouvoirs, d'intérêts, de connaissances, de compétences distribués, mais interdépendants.* » Ils constituent autant d'espaces de décision avec des frontières mouvantes en fonction des discussions et des négociations.

Le système de santé étant par définition un modèle contraint, sa gouvernance, pour reprendre la définition de Denis (2008) est le « *Processus et (les) instruments qui permettent en société de produire de la convergence parmi des acteurs dispersés et aux intérêts potentiellement*

⁵³⁴ Denis Jean-Louis (2008) « *Les organisations, des ressources pour améliorer la santé de la population ?* », AQESSS, présentation. Contandriopoulos André-Pierre (2008) « *La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance.* », *Santé Publique*, Vol. 20, p. 191-199

divergents dans le but d'atteindre des objectifs collectifs. » Cette gouvernance s'exprime, en France, principalement à deux niveaux, au plan national avec les politiques de santé, déclinées au plan régional par l'intermédiaire des ARS. Vus de la gouvernance, les réseaux sont l'un des instruments de la réalisation de la politique de santé à la fois comme instruments de production de services complexes, mais maîtrisés (coûts), mais aussi le résultat de cette gouvernance. Ils ont fait l'objet de plusieurs mesures incitatives ou expérimentales. Cependant, ces réseaux, tels que décrits précédemment, ont tendance à vouloir échapper à cette gouvernance (voir aussi le point A ci-dessus de Cherba et Vásquez) alors que celle-ci cherche à les construire, mais à sa façon... comme avec leur institutionnalisation qui a tendance à les figer en définissant les rôles et domaines d'exercice de chacun, mais aussi les aires d'intervention.

Mettre en place ces réseaux nécessite, en France comme dans d'autres pays, de faire évoluer un système de santé centré sur l'hôpital vers un système où l'hôpital est un élément du réseau. Molinié indiquait en 2005 « *L'hôpital public ne doit plus être la variable d'ajustement de ce que les autres ne veulent pas faire. Mais pour cela, il doit " sortir de ses murs " et assumer un rôle de chef de file dans un système de soins en réseau dont il sera un des membres principaux, mais plus le seul. C'est une véritable révolution de type copernicienne que doit vivre l'hôpital public. Ancienne forteresse enfermant ses propres malades (et leurs dossiers !) et autour de laquelle gravitaient les patients ambulatoires et les autres acteurs de la santé, il va devenir un des éléments qui graviteront autour du patient, dans son parcours de soins coordonné*⁵³⁵. »

En relation des difficultés d'aborder *in situ* la constitution de ces réseaux, nous avons choisi de les approcher par l'intermédiaire du parcours des patients, vu des professionnels concernés selon les principes suivants :

- Les organisations en communication sont vues comme « des boîtes noires », c'est-à-dire que nous ne nous intéressons ni à leur forme ni à leur fonctionnement interne, mais aux réseaux informels d'activités qu'elles constituent ;
- Dans une logique de parcours, de trajectoire au sens de Strauss, la communication étant partie intégrante du travail d'articulation.

Un service de santé présente une particularité importante : son activité ne se fait pas seulement pour, sur et autour du patient, mais avec lui et ses proches, ce que Mayère (2013) appelle un « travail de santé », distribué et interdépendant.

En lien avec nos activités professionnelles, nous avons repris et adapté Minvielle (1999⁵³⁶) ainsi : « ... *Il n'existe pas, dans le cas de la prise en charge du patient, de convergence vers un seul type de processus. L'arrivée de chaque patient induit une modalité de prise en charge adaptée à sa pathologie et ses caractéristiques. Le parcours du patient s'apparente ainsi à une succession plus ou moins dense de pas japonais entre les différents " nœuds " fournisseurs de prestation de service (accueil, consultation, service de soins, radiologie...).* Les parcours " rectilignes "... cohabitent avec des parcours plus enchevêtrés, plus longs fait de boucles, de débrayages et de bifurcations... dans lesquels les phases de diagnostic clinique, d'investigation technique et de thérapeutique se succèdent sans ordre pré établi... Chaque patient suit une trajectoire qui lui est propre... résultante complexe des interactions des différents acteurs participant à la prise en charge de la maladie, des actions qu'ils entreprennent pour tenter d'en maîtriser le déroulement et l'évolution naturelle de la maladie... Cette trajectoire paraît en particulier déterminée par trois éléments :

- *Le statut et le rôle du patient dans la prise en charge ;*

⁵³⁵ Molinié Éric (2005) « *L'hôpital public en France : bilan et perspectives* », Étude du Conseil économique et social – CESE, juin 2005

⁵³⁶ Minvielle Étienne (1999) « *Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ?* », In : *Politiques et management public*, Vol. 17, n° 4, p. 59-84.

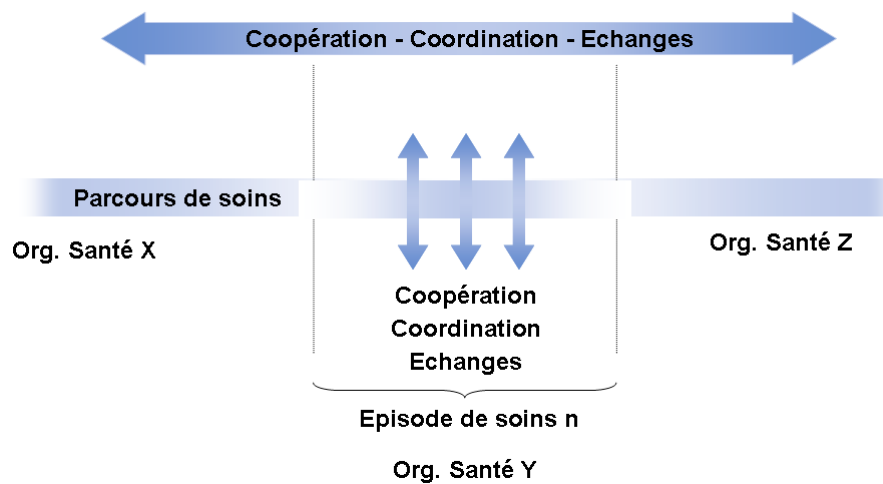
- L'organisation des ressources nécessaires à la prise en charge ;
- La négociation permanente entre les acteurs de la prise en charge.

La trajectoire de prise en charge ne peut se définir de façon détaillée. Cette non-prévisibilité induit l'existence d'un processus de négociation incessant entre les participants du processus, mêlant les :

- interactions directes entre le patient et le personnel de soins ;
- interactions entre les membres de l'équipe de soins ;
- interactions entre le patient, les membres de l'équipe de soins et les autres participants au processus de prise en charge... »

D'autres difficultés doivent aussi être prises en compte comme le « management », la gestion des ressources, l'ouverture des SI et la mise à disposition d'information, etc. De prime abord, ces interactions peuvent être représentées de façon simplifiée comme suit :

Figure 55 : Une approche simplifiée des échanges dans les parcours



Source : Véret, 2007

En abordant la communication organisationnelle, mais aussi, dans ce même contexte, la communication inter-organisationnelle, dans le contexte des parcours, il s'agit aussi de donner forme et faire sens, si cela est possible, à la notion de parcours au travers de la communication, de la conversation entre les acteurs.

7.5 La communication organisationnelle

Comme le soulignent Bonneville et Grosjean (2011⁵³⁷), les organisations, formelles ou informelles, composent notre société. Dans toute organisation, on retrouve des individus, ayant (ou jouant) des rôles, des statuts, des compétences, des stratégies différentes, qui sont amenés à « dialoguer », à échanger de l'information, à négocier des relations, à acquérir des connaissances, à coopérer ou entrer en conflit... La communication est nécessaire pour coordonner leurs actions, atteindre leurs buts, etc. Pour ces auteurs, la communication organisationnelle comporte à la fois une pratique, des outils, des stratégies de communication, interne ou externe et des concepts. Vu succinctement, la communication organisationnelle renvoie à la façon dont les organisations :

- Interagissent, échangent, entrent en relation, communiquent avec des publics variés tant à « l'extérieur » qu'à « l'intérieur » ;

⁵³⁷ Bonneville Luc, Grosjean Sylvie (2011) « La communication organisationnelle, approche, processus et enjeux », Chenelière Éducation. Cet ouvrage constitue l'une des sources de ce chapitre, complété d'autres sources complémentaires.

- Cherchent à valoriser ou à améliorer leur image ;
- Souhaitent défendre leurs intérêts ou renforcer leurs relations avec certains acteurs.

Sur le principe, il s'agit de comprendre l'articulation entre communication et organisation, en fonction des contextes. Discipline à part entière créée en 1973, elle s'intéresse à la fois aux « phénomènes de communication » (ce que l'on observe) et à la production de ces phénomènes. Les structures tout comme les processus de communication en sont les objets centraux. Comme le constatent Putnam et Nicolera (2009), cette discipline sera marquée par de nombreux apports sur les plans théoriques et méthodologiques. *“For the past 25 years, scholars have treated organizations as social phenomena constituted by interactions, language patterns, sensemaking, and symbolic processes. Communication and social action, then, form the building blocks of organizational structure and change... These studies have examined this relationship through treating organizations as conversations and texts (Cooren, Taylor & Van Every, 2006), as sensemaking (Weick, 1995), as discursive constructions (Fairhurst & Putnam, 2004), and as emergent processes (Taylor & Van Every, 2000).”* En étant certainement très limitatifs et incomplets, nous ne mentionnerons ici, en lien avec la sociologie des organisations, que les apports de Karl Weick à la communication organisationnelle ou ceux de McFee et Zaugg (Op. cit.) à propos de la communication constitutive des organisations (CCO). Les travaux de Weick sont parfois présentés comme la cybernétique de troisième ordre, en référence aux travaux précédents.

Les principaux apports de Weick concernent la notion « organizing », le côté « processuel » et dynamique de l'organisation (le phénomène organisant de Cooren) qui permet l'émergence et le maintien dans le temps d'une forme agencée, d'une configuration ou d'un ensemble organisé. Il donne forme à l'organisation en tant « qu'entité hypothétique », ce qui la distingue de la forme classique donnée par l'économie. À ce concept est lié celui de la création de sens (le Sensemaking⁵³⁸). Pour Steyer (2011⁵³⁹), « ... si le processus collectif de Sensemaking prend sa source et son sens dans l'Organizing, il est symétriquement marqué par la “main invisible” de l'Organizing : les routines qui s'entrecroisent, la spécialisation des individus, la compréhension des individus de leurs rôles, expertises et statuts, les phénomènes de pouvoir et les coalitions de groupes d'intérêt, l'impact structurant du système d'information sur la perception des individus de leur environnement, l'impact du système d'incitations qui encouragent ou découragent de s'intéresser “aux anomalies”... L'aspect social du processus de Sensemaking est inscrit dans le processus d'Organizing, qui nécessite une articulation du sens que les individus donnent à une situation pour permettre une activité coordonnée ». Dit différemment, apprendre de l'expérience de quelque chose exige de pouvoir s'extraire de la situation d'expérience pour y porter attention. Pour Vidaillet (2009⁵⁴⁰), l'individu redonne du sens à ce qu'il a fait en rétablissant un lien de causalité, *a posteriori*, entre ses actions, ses motivations et ses croyances, entre le passé et le présent. Le principe de la variété requise d'Ashby (1957⁵⁴¹), associé aux principes de subsidiarité, de confiance et de prudence, s'applique tant à la pensée qu'à l'action. De la nuance est nécessaire pour appréhender la complexité du monde, elle permet également d'agir de manière complexe et nuancée. Reste néanmoins un paradoxe à résoudre, si la variété tend à croître avec la complexité des

⁵³⁸ Bonneville (2011). Op. cit. p. 153 et 154

⁵³⁹ Steyer Véronique (2011) « Faire sens avec l'autre, faire sens de l'autre », XXe conférence de l'AIMS, 7-9 juin 2011, Nantes, France

⁵⁴⁰ Vidaillet Bénédicte (2009) « Le sens de l'action : Socio psychologie de l'organisation », Vuibert

⁵⁴¹ Ashby (1957) Op. cit. De façon simplifiée, si un système régulateur (S1) n'est pas aussi complexe que le système (S2) dont il assure le contrôle, il ne va en réguler que la partie correspondant à son niveau de complexité. Soit il empêche la variété par les contraintes qu'il impose, soit il perd son autorité et se laisse déborder par le système contrôlé. Dans un tel cas, soit il réduit les potentiels du système contrôlé (en lui imposant ses propres limitations), soit il se fait déborder par lui. Ce qui justifie le principe de subsidiarité : laisser le contrôle local à ceux qui ont la perception la plus juste et la plus complète de ce qu'il convient de faire, compte tenu de leur connaissance précise des environnements d'action. La subsidiarité reposant elle-même sur les principes de confiance (éviter de contrôler a priori ce que l'on peut déléguer à des personnes compétentes) et de prudence.

systèmes qu'elle cherche à contrôler, un dispositif de régulation aura tendance à réduire cette variété. Que penser alors de la spécialisation croissante des acteurs et de la question de leur coopération au sein d'un parcours ? C'est l'un des problèmes que soulève le second exemple de notre prélude (p. 29), ou le cas mentionné par Weick (2009⁵⁴²) dans son chapitre « *Impermanent Systems and Medical Errors: Variety Mitigates Adversity.* » (p. 157 et suiv.)

Les travaux de Taylor, Van Every et des chercheurs associés poursuivent cette approche, dite *Agency*, autour de la dynamique de l'*Organizing*, de la négociation et la « reconstruction permanente » de l'organisation par et dans les conversations entre ses membres. « *C'est en partageant des expériences et des conversations ordinaires, ancrées dans des circonstances sociales, que se construisent des interprétations réciproques. Le corps joue un rôle important au même titre que les objets ou outils dont la tendance est de se faire oublier tant qu'ils "fonctionnent" »* (Vacher, 2009⁵⁴³). Le terme *Agency* est choisi pour marquer l'importance des imbrications d'objets multiples, marqueurs de la culture et qui influencent les attitudes et comportements. Cette influence n'est généralement pas consciente, elle est profondément intériorisée⁵⁴⁴ et apparaît ou transparait fortement lors des « changements organisationnels imposés ».

Le langage est la surface textuelle à partir de laquelle l'organisation peut être lue. Dans son ouvrage de 2009, Weick (Op. cit.) cite ainsi Taylor : « *For an organization to act, its knowledge must undergo two transformations: (1) it has to be textualized so that it becomes a unique representation of the otherwise multiply distributed understandings; (2) it has to be voiced by someone who speaks on behalf of the network and its knowledge (Taylor and Van Every, 2000, p. 243)* » (p. 5).

La [textualisation](#) est à la fois un concept sémiotique et un processus qui marque la fin d'un parcours génératif (A.J. Greimas). C'est la « mise en discours » d'une instance quelconque du parcours génératif. Elle est suivie de la « manifestation », qui est la « mise en signe », linguistiques ou non-linguistiques. Succinctement, c'est le travail d'écriture, de rédaction et de mise en forme.

Dans ce même ouvrage, Weick précise (p. 131), toujours en lien avec les travaux de Taylor, que le « *Sensemaking implique l'élaboration rétrospective d'images plausibles qui rationalisent ce que les gens font. Vue comme un processus important de l'Organizing, la construction de sens se déroule comme une séquence dans laquelle les personnes, soucieuses de l'identité des autres acteurs dans un contexte social, s'engagent dans les situations en cours à partir desquelles elles extraient des indices et donnent rétrospectivement un sens plausible...* » Dit autrement, « *le Sensemaking est une étape, un abri temporaire, sur le chemin d'un système d'action construit et coordonné de manière consensuelle (Taylor et Van Every, 2000, p. 275.) À cette étape, les situations sont "transformées en une situation qui est comprise de manière explicite dans les mots et qui sert de tremplin à l'action" »* (notre traduction). Ces images impliquent trois points importants :

- La création de sens se produit lorsqu'un « flot de circonstances » est traduit en mots et catégorisé ;
- S'organiser s'incarne donc dans les conversations et les textes (les écrits) ;
- Enfin, lire, écrire, dialoguer et éditer (textualiser et rendre disponible) sont des actions cruciales, des médias au travers desquels la main invisible des institutions façonne les comportements.

⁵⁴² Weick Karl (2009) « *Making Sense of the Organization* » Vol. 2, Wiley.

⁵⁴³ Vacher Béatrice (2009) « *Articulation entre communication, information et organisation en SIC* », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, vol. 2009/1, p. 119-143.

⁵⁴⁴ Il est possible de faire ici un lien avec Vygotski et Engeström.

C'est, en quelque sorte et pour partie, la réaction circulaire de Mary Parker Follett : mon comportement contribue à faire émerger l'événement auquel je réagis, ce qui implique que mon comportement participe au développement de la situation à laquelle je réagis. Pour Weick, trois processus forment la base de la dynamique de l'organisation : l'érection, la sélection et la rétention. L'érection s'inspire plus ou moins des travaux de Maturana et Varela (1987⁵⁴⁵) sur la cognition. De façon simplifiée, elle englobe les processus de perception, de sélection et d'attribution de sens à l'environnement. Il est possible de la rapprocher de l'apprentissage (appropriation et construction) vu par Vygotski ou Leontiev.

Bien que le positionnement épistémologique ne soit pas le même, on retrouve des points de vue approchants chez d'autres auteurs. Pour Alex Mucchielli (2004⁵⁴⁶), « *L'approche systémique dans les organisations consiste d'abord à expliciter les principaux systèmes relationnels centrés sur les problèmes-clés d'une organisation puis à se servir d'eux comme une toile de fond (un contexte)... Le point de vue systémique... insiste sur l'idée que rien n'existe qu'inséré dans un ensemble de relations... que ce sont ces relations entre acteurs qui sont les phénomènes les plus importants... et que ces systèmes relationnels ont leur autonomie propre tout en étant en relation avec d'autres systèmes sécants ou englobants* ».

Pour Michel Volle, en lien avec la remarque de Weick sur les deux transformations des connaissances, si un système d'information a pour but d'assister les agents de l'entreprise dans leur travail, il est aussi le langage de l'entreprise, orienté vers l'action. C'est un système de signes qui est à la fois le support de la circulation des idées au sein de l'organisation et le « *cadre conceptuel a priori* » qui, en fondant le discernement des agents, leur permet de percevoir les événements du monde réel et d'agir sur lui.

Néanmoins, l'approche de Weick suscite différentes critiques ou, dit autrement, nécessite des compléments, puisque certains processus organisants perdurent, se « routinisent » en s'affranchissant du temps et de l'espace. La notion de fiabilité organisationnelle de Weick, le reflet de la capacité des acteurs à s'organiser et à se réorganiser pour anticiper et faire face à des situations imprévues ou dangereuses, laisse à penser que d'autres éléments interviennent. La CCO s'attache à répondre à ce problème en ajoutant aux interactions de Weick la notion de communication organisante et l'approche dite « performative » des collectifs, issue des travaux de Callon, Latour et Akrich (la théorie de l'acteur-réseau). Elle se différencie de l'approche de Weick en intégrant le rôle constitutif d'éléments non humains et leur contribution au déploiement des collectifs (co-construction). Le principe d'irréductibilité de Latour stipule que tout processus organisant est le résultat d'actions hétérogènes, attribuables non seulement aux humains, mais aussi aux non humains (les textes, les éléments architecturaux, les technologies ou les outils), les actants, terme emprunté à Greimas⁵⁴⁷ et étendu. Néanmoins, ce processus présente une certaine unité ou cohérence propre à tout phénomène collectif.

Cherchant à « réconcilier » les approches de Weick et les apports de la théorie de l'acteur-réseau, les représentants de l'école de Montréal intègrent, sur la base des actes de langages d'Austin et de Searle, la dimension interactionnelle et sociale du langage. Si faire sens renvoie en premier lieu à l'idée de créer du sens, de rendre signifiant, la transformation en textes (la textualisation) permet la stabilisation des significations, la fixation du sens. En lien

⁵⁴⁵ Maturana Humberto R., Varela Francisco J. (1987) "The tree of knowledge: The biological roots of human understanding" New Science Library/Shambhala Publications. Voir Penelaud, Olivier (2010) « Le paradigme de l'érection aujourd'hui. Apports et limites d'une théorie cognitive "révolutionnaire" », PLASTIR, n° 18

⁵⁴⁶ Mucchielli Alex (2004) « Étude des communications : approche systémique dans les organisations », Armand Colin, Conclusion

⁵⁴⁷ Greimas emprunte au linguiste Lucien Tesnière le terme d'actant que ce dernier définit ainsi : « Les actants sont les êtres ou les choses qui, à un titre quelconque, et de quelque façon que ce soit, même au titre de simples figurants et de la façon la plus passive, participent au procès ». Tesnière Lucien (1959) « Éléments de syntaxe structurale », Paris, Klincksieck

avec la performativité des actes de langage, cette approche permet de « dire ce que l'on fait », « faire ce que l'on dit », mais aussi de « faire par le dire ». La définition de la communication par l'école de Montréal insiste sur les possibilités du langage comme description de la réalité, mais également comme sa réalisation et sa performance par le fait de dire (Jolivet, 2011⁵⁴⁸.) Les analyses de conversations et d'interactions permettent de comprendre les processus par lesquels les organisations émergent et se maintiennent dans l'espace et le temps (Fauré, 2009⁵⁴⁹.) Elles apportent aussi un éclairage complémentaire. Si l'organisation émerge de l'interdépendance entre le processus de textualisation et le processus conversationnel, la notion d'autorité se conceptualise alors comme une relation reconstruite en permanence plutôt que comme un statut définitivement acquis. Selon Taylor et Van Every (2011⁵⁵⁰), cités par Fauré, « *L'autorité est définie comme un phénomène distribué, inscrit dans des "textes" de plus en plus disloqués, fragmentés, hybrides, multi-supports, et dont la cohérence est maintenue parfois au prix de longues "conversations" au cours desquelles les figures du pouvoir sont tour à tour invoquées, confrontées et finalement rendues présentes dans l'ici et le maintenant des interactions* ». Cette notion d'autorité varie en fonction des contextes et des situations de coopération ou de coordination, tant entre professionnels qu'entre les professionnels et le patient, voire son entourage. Elle influe à la fois sur les conversations (incluant des notions comme le mensonge de Fainzang), elle conditionne aussi dans certains cas la communication ou la transmission d'informations, voire leur absence, que ce soit à l'intérieur d'une activité ou entre les activités.

Si l'on considère le patient à la fois comme sujet et objet des activités en relation avec ses soins et sa santé, il est nécessaire de l'intégrer dans la dynamique de la communication organisationnelle. Différentes études de type anthropologique, comme celles de Fainzang (2009⁵⁵¹) laissent à penser la difficulté d'une « textualisation », non pas des significations liées à la pratique professionnelle et son incidence sur l'évolution de l'organisation, mais celles liées à l'organisation « parallèle » qui se construit autour du patient. Cette organisation et la contextualisation de la communication sont « *à géométrie variable* », en fonction de la situation du patient et des moments dans sa vie et, en fonction des cas, de sa ou ses pathologies. De façon globale, nous considérons qu'il est possible de segmenter le parcours de vie du patient en trois ou quatre grands parcours de soins et de santé :

- Un parcours lié à sa naissance, de la période « anténatale » à ses premiers jours ;
- Un parcours lié à la jeunesse, l'enfance et l'adolescence ;
- Un parcours lié à l'âge adulte ;
- Un parcours lié au début du vieillissement et la fin de vie que nous situerons arbitrairement, en France, vers le milieu ou la fin de la soixantaine.

Parcours au cours desquels les besoins, la participation du patient, les conversations et les textes évoluent, en relation avec ses déterminants de la santé. D'autre part, différents événements « fortuits » viennent émailler ces parcours, comme les incidents ou les accidents, les problèmes dits d'aigu, qui peuvent être l'occasion de découvrir des problèmes plus importants, à la chronicité variable, selon qu'il y a rémission possible ou pas, ou que l'on pallie le « défaut artificiellement » (greffes, orthèses ou prothèses par exemple).

⁵⁴⁸ Jolivet Alexia (2011) « *La certification à l'épreuve de la communication : figures de la qualité et travail du sens. Le cas d'un établissement de santé* », Thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication soutenue le 6 sept. 2011, Université de Toulouse III Paul Sabatier

⁵⁴⁹ Fauré Bertrand (2009) « *James R. Taylor & Elizabeth J. Van Every, The Situated Organization: Case Studies in the Pragmatics of Communication Research.* » *Communication et organisation*, n° 36, p. 252-256.

⁵⁵⁰ Taylor James R., Van Every Elisabeth (2011) « *The situated organization: case studies in the pragmatics of communication research.* » Taylor & Francis pour l'édition électronique, London, New York : Routledge Editions, 2010, pour l'édition papier

⁵⁵¹ Fainzang Sylvie (2009) « *La communication d'informations dans la relation médecins-malades* », *Questions de communication*, n° 15, p. 279-295

Enfin, si au travers de ces approches, il semble difficile de séparer la communication de l'organisation, il convient d'y intégrer la notion d'information et des outils associés. Indépendamment de toute considération purement technique ou technologique, ce sont les principaux artefacts médiateurs de ces communications. Nous empruntons ici ces termes à la théorie de l'activité. Si en étant quelque peu critique, l'information, vue des sciences de gestion, est généralement associée à la notion de système d'information avec un point de vue souvent associé aux démarches et aux outils (conception, mise en œuvre, transformation) liés à l'informatisation, ce système est pris dans une boucle de rétroaction circulaire, étant à la fois l'une des sources de l'évolution des organisations, y compris sous sa forme communicationnelle, et l'une des conséquences de cette évolution. Les facteurs d'acceptation, d'usage, de non-usage ou de détournement des technologies ou des innovations sont alors souvent abordés sous l'angle sociotechnique. Comme nous le rappelle Vacher (2009⁵⁵²), « *il n'est pas toujours facile de distinguer les concepts d'information, de communication et d'organisation. Ils ne s'identifient pas seulement, en négatif ou par complémentarité, l'un par rapport à l'autre, ils ne forment pas seulement un nouage inextricable, ils ne peuvent tout simplement pas se passer l'un de l'autre et s'articulent, plus ou moins harmonieusement.* »

De même, le domaine de la santé n'est pas « un domaine comme les autres ». Pour Mayère (2014⁵⁵³), « *les approches des sciences médicales, des sciences informatiques et des sciences de gestion sont fortement représentées. Or ces approches sont dominées par une conception essentialiste de l'information, entendue comme un "en soi", une "donnée", et une conception fonctionnaliste de la communication réduite à une transmission de ces données, forme de "liant" nécessaire au "bon" fonctionnement des organisations. De même les organisations sont-elles conçues comme des entités non questionnées.* » Pour autant, toute « remise en cause de ces dogmatismes » est généralement vouée à l'échec.

Ces deux remarques expliquent peut-être les difficultés à promouvoir et à mettre en place un outil technologique commun, les « dossiers électroniques » en santé, que ce soit au plan local, au sein d'une organisation formelle, *a fortiori* informelle, ou au plan national avec des systèmes tels que le DMP ou la messagerie sécurisée de santé.

Nous avons ainsi pris le parti d'approcher la communication en santé, non sous l'angle des techniques et des technologies, mais sous l'angle des communications, de leur réalité et de ce qui les façonne, en nous inspirant des approches de la communication organisationnelle, avec lesquelles nous avons tenté d'établir des ponts avec notre champ de spécialité. Nous avons essayé d'explorer modestement quelques-unes de ces différentes dimensions. C'est l'objet des chapitres suivants.

7.6 Principes de communication dans notre contexte

7.6.1 Introduction

Dans le contexte de notre étude, en lien avec notre schéma et les explications données lors de nos échanges avec nos interlocuteurs, nous avons distingué les 3 cas suivants :

⁵⁵² Vacher Béatrice (2009) « *Articulation entre communication, information et organisation en SIC* », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, Vol. 2009/1, pp. 119-143.

⁵⁵³ Mayère Anne (2014) « *Communication et santé : étude des processus et dispositifs d'une rationalisation équipée* », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, Vol. 4/2014.

- Communiquer est en premier lieu le fait de transmettre (des informations ou des connaissances par exemple), de faire savoir quelque chose à quelqu'un. La communication peut se faire sans attente d'une réciprocité, c'est l'envoi simple d'un message à un destinataire. Nous appelons ce cas une **transmission**.
- Un **échange** sous-entend une réciprocité dans la communication. Il y a donc un retour du récepteur du message vers l'émetteur, en réponse à sa sollicitation. Cet échange peut être synchrone, comme dans le cas d'une conversation, ou asynchrone, comme un échange de courrier, quelle qu'en soit sa forme, cet échange pouvant être positif ou négatif, tant par sa forme que son contenu. Il peut donner lieu à une négociation, aboutissant ou non à un contrat explicite (adhésion) ou implicite (fourniture d'une prestation selon les règles et standards en vigueur du moment).
- Le **partage** est une forme d'échange « permanent », chacun contribuant à l'enrichissement de la connaissance d'une communauté sur quelque chose ou quelqu'un. Ce partage peut être contractuel ou non.

Les deux premiers cas sont les plus fréquents. Ils reposent aussi sur notre approche par les processus et la théorie de l'activité qui nous avons développés dans le chapitre 6.7 : La genèse du modèle et ses sources, page 193. Nous considérons donc principalement la communication écrite sans pour autant éluder l'importance de la communication verbale (orale), voire non verbale, qui occupe une place importante en santé.

Si, dans les différentes politiques de santé, entre autres, l'accent est mis sur la nécessaire coopération entre acteurs ou leur coordination, nous avons souhaité, dans le cadre de notre enquête, préciser ces notions.

Si la coopération au sein d'un projet, y compris un projet de soins, rend nécessaires la coopération et la coordination des actions, elles s'inscrivent dans des environnements différents et elles dépendent de l'histoire du bassin de santé⁵⁵⁴ (ou de vie) dans lequel elle s'inscrit et des habitudes des personnes impliquées. Elles sous-entendent aussi une mise en commun, un partage de connaissances qui vaut tant pour l'objet des soins que pour les acteurs du soin. La volonté légitime de réguler le système de santé et son approche Top-Down imposant un modèle à un moment donné, ont tendance à faire fi de cet environnement, présupposant que tous les acteurs s'aligneront sur la stratégie décidée et souvent dédiée à un modèle d'organisations professionnelles plus ou moins uniformisé.

Collaboration, coordination, à quoi faisons-nous référence ?

Les démarches d'amélioration des processus ou le fonctionnement en réseau dans un contexte ouvert ou fermé, sujet que nous abordons plus loin, ne peuvent se faire sans aborder la répartition et le partage de la connaissance (et des responsabilités ou du financement que nous n'aborderons pas), qu'elle porte sur l'objet du processus ou qu'elle soit en relation avec les métiers. Apparaissent alors, avec les termes de processus ou d'activité, ceux de coordination et de coopération qui peuvent être explicites (« contrats écrits ») ou implicites (engagements oraux, habitudes de travail, équipes constituées, réseaux informels...).

⁵⁵⁴ Nous faisons référence à l'aire géographique dans et autour de laquelle se construisent les relations et les réseaux informels, par opposition à la notion de territoire qui a généralement une dimension institutionnelle et des limites administratives, souvent sans relation avec la « réalité du bassin ».

7.6.2 Coopération ou Coordination

« La médecine et plus généralement les soins sont une activité collective. Du fait de la complexité des problèmes médico-sociaux, le médecin – et a fortiori le médecin isolé – ne peut régler à lui tout seul, tous les problèmes de santé dans leur totalité. D'où la nécessité d'une collaboration multi-professionnelle. », Grémy François (2001) « Pourquoi des réseaux et filières de soins ? », École d'été, Corte, juillet 2001

Dans la constitution et la distribution de savoirs, en lien avec les processus de coopération ou de coordination, formels ou informels, les TIC transforment les formes et les modes de collaboration ou de coopération tout en encourageant à la fois des phénomènes qui peuvent paraître comme antinomiques, la décentralisation et l'autonomie *versus* la structuration et l'intégration, dans un contexte d'entreprise ou d'organisation apprenante.

En France, coopération et coordination sont régulièrement appelées de leurs vœux par les différentes politiques et lois de santé comme par la Loi HPST de 2009 (art. 51), et de nouveau rappelées lors de la présentation de la Stratégie nationale de santé en 2013. Elles restent cependant complexes à mettre en œuvre pour de nombreuses raisons, dont les cadres politiques, institutionnels, juridiques (en cours d'évolution), financiers et techniques différents qui régissent ou qui s'appliquent aux professionnels concernés, les principes liés aux activités de soins et de santé, ou « *les originalités du dispositif français de prise en charge des soins, partagé entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les complémentaires facultatives (AMC)* (Johanet, 2014⁵⁵⁵) ». ».

La structuration du parcours du patient interpelle ces notions qu'un outil national devait et doit supporter : le DMP. Elles s'inscrivent dans un paysage complexe d'interactions entre les professionnels de santé entre eux, mais aussi entre les professionnels de santé, le patient, voire son entourage.

Dans notre approche, nous interprétons les notions de coopération et de coordination ainsi :

La **coopération** correspond au mode le plus fréquent de l'exercice professionnel. Pour Taylor et Van Every (2011, Op. cit.) c'est, dans une organisation donnée, une liaison « descendante » (« downlink ») qui matérialise concrètement comment se font les choses à un moment donné. Bergeron et Castel (2010⁵⁵⁶) voient la coopération comme « *l'appariement entre un professionnel dit "captant", qui considère devoir assurer le suivi du patient tout au long des étapes qui scandent la curation et d'autres professionnels, dits "non-captant", qui conçoivent leur intervention comme ponctuelle et limitée à une étape de la trajectoire thérapeutique* ». Il est possible de faire ici le parallèle avec ce qu'Engeström (2008⁵⁵⁷) appelle le *knotworking*, « *l'orchestration d'une performance collaborative, distribuée et partiellement improvisée entre des acteurs ou des systèmes d'activité par ailleurs faiblement connectés entre eux* ».

Nous considérons donc que la coopération prend généralement place dans un contexte multidisciplinaire. C'est une juxtaposition des savoirs qui s'utilisent en parallèle. Il n'y a pas « d'échange permanent », dans le sens où ces échanges sont dépendants de la volonté de chaque acteur qui reste autonome (y compris lors des rencontres formelles dans le cadre de la coopération), et qui peut prendre des décisions en toute indépendance. Les échanges sont contextualisés, liés aux cas et aux pratiques de chacun, dans un contexte de forte hétérogénéité, généralement dans le cadre d'une prise en charge d'une population

⁵⁵⁵ Johanet Gilles (2014) « Réponse à la note du Conseil d'analyse économique, " Refonder l'assurance maladie " », *Les Tribunes de la santé*, n° 43, p. 89-92

⁵⁵⁶ Bergeron Henri, Castel Patrick (2010) « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail*, n° 52, p. 441-460

⁵⁵⁷ Engeström Yrjö (2008) « Quand le centre se dérobe : la notion de *knotworking* et ses promesses », *Sociologie du travail*, Vol. 50, pp. 303-330

préalablement définie. Un professionnel, le plus souvent le *captant*, peut néanmoins être chargé ou se charger de coordonner le travail des différents spécialistes dans leurs disciplines respectives. Les interfaces entre les acteurs interviennent pour partie dans la qualité de la coopération, le patient y joue aussi un rôle non neutre.

Pour Euller-Ziegler et Ziegler (2001⁵⁵⁸) « *On parle, en médecine, de multi ou de pluridisciplinarité lorsque plusieurs personnes d'origines ou de compétences différentes s'occupent d'un même problème médical, qu'il s'agisse d'un patient, d'une étude clinique ou thérapeutique, d'un problème de santé publique, de prévention... Il peut s'agir uniquement de médecins : généraliste faisant appel à un ou des spécialistes, spécialiste faisant appel à d'autres spécialistes (par exemple, le rhumatologue a souvent recours à d'autres praticiens : chirurgien orthopédique, rééducateur, neurologue, radiologue, voire psychiatre, ophtalmologiste, médecin-conseil d'assurance, médecin du travail...). Il peut s'agir d'un groupe plus étendu d'acteurs de santé, " producteurs de soins ", médecins et professionnels non médecins, ou paramédicaux seuls, diversement associés : infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, podologues, orthophonistes, psychologues, assistantes sociales et autres travailleurs sociaux, pharmaciens, dentistes, agents administratifs... ».*

Pour Steuten *et al.* (2002⁵⁵⁹), les trois facteurs favorisant la coopération sont contrebalancés par trois facteurs limitants :

Tableau 6 : Facteurs favorisants et limitants de la coopération

| Facteur favorisant | Facteur limitant |
|---|---|
| La présence d'un réseau entre les différents acteurs, avant le début de la gestion de la maladie (60,8 %) | L'investissement en temps nécessaire (71,8 %) |
| Une bonne coopération (qualitative) entre les acteurs (60,0 %) | Les limites de la rémunération (répartition...) (35,0 %) |
| La perspective positive de la poursuite (continuité et suivi) du programme de soins (42,7 %) | Attentes de l'économie de temps dans les soins non réalisées (24,0 %) |

Source : Steuten (2002)

La coopération est le mode de fonctionnement que l'on rencontre le plus souvent dans les contextes ouverts, nos réseaux informels dynamiques. Ce qui ne sous-entend pas qu'un des professionnels assure un rôle de coordination, « d'orchestration » de la prise en charge du patient. Les réseaux de santé, voire les filières, sont la forme « organisée » de cette multidisciplinarité, généralement orientée vers un problème particulier.

Pour Taylor et Van Every (2011), la **coordination** est une liaison « ascendante » (« Uplink ») qui nécessite de clarifier et d'énoncer les intentions globales d'une organisation vue comme un tout. L'organisation résultante, qui peut être « temporaire » (un projet), est elle-même un acteur.

Vue sous un autre angle, elle correspond à un contexte *a minima pluridisciplinaire* permettant une combinaison des savoirs, la complémentarité dans leur utilisation. Néanmoins, si les échanges prennent forme, c'est avec peu d'interactions, peu ou pas d'intégration ou de synthèse collective des informations. Il existe cependant des exceptions comme dans les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en cancérologie, réunions auxquelles le médecin traitant fait souvent figure de grand absent. Enfin, vue sous l'angle inter-organisationnel, la coordination reste un exercice délicat du fait de la variété des responsabilités engagées par des organisations différentes devant travailler ensemble, parfois dans l'urgence. Dans ce cas, les décisions reposent en grande partie sur l'expérience

⁵⁵⁸ Euller-Ziegler Liana, Ziegler Gérard (2001) « *Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire ? Définition, cadre de soins, problématique* », *Revue du Rhumatisme*, n° 68, pp. 126-130

⁵⁵⁹ Steuten, L. M. G., Vrijhoef, H. J. M., Spreeuwenberg, C. et al (2002) "Participation of general practitioners in disease management: experiences from the Netherlands" *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2.

et l'intuition des acteurs, leur communication n'est pas toujours formalisée et l'information reste peu partagée (sauf l'essentiel) : les acteurs n'échangent que selon des schémas point à point, uniquement lorsque c'est nécessaire (en cas de blocage par exemple) ou défini dans un plan d'action.

Le niveau suivant, le contexte interdisciplinaire, suppose une mise en commun des savoirs (dont le partage sans contraintes des informations professionnelles [connaissances] ou celles liées à un patient, dans le respect de la réglementation), leur utilisation étant synergique. L'interaction permet un enrichissement mutuel. Enfin, c'est un processus dynamique.

Assal (1996⁵⁶⁰) distingue clairement multidisciplinarité et interdisciplinarité, cette dernière se distinguant par « *une plus grande interactivité, une véritable dynamique de groupe (nécessitant formation spécifique, supervision et travail d'entretien très régulier) ; elle s'applique tout particulièrement à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques* ». Dans le secteur de la santé, Ellingson (2003, Op. cit.), tout comme Euler & Ziegler, rappelle que de nombreuses études sur les équipes de soins ont cherché ou cherchent à démontrer les effets bénéfiques du travail en équipe pour les patients. L'interdisciplinarité améliore la prise en charge des patients et permet d'établir une corrélation avec des résultats tels qu'une diminution des durées de séjour en hospitalisation comme en soins de suite, une diminution des réhospitalisations, une meilleure coordination des soins et une diminution de la mortalité post-hospitalisation un an après la sortie.

L'interdisciplinarité fait l'objet de plusieurs acceptions en fonction des auteurs et leur discipline. Vinck (2003⁵⁶¹) rappelle que « *L'interdisciplinarité fait l'objet de nombreux plaidoyers et de critiques... le problème est de voir comment et à quelles conditions rendre concrètement possible et féconde l'articulation des disciplines* ». Même si elle intéresse la recherche scientifique, l'auteur indique qu'elle exige une « *synchronisation cognitive* » qui ne va pas forcément de soi et qui est source de nombreux freins ou échecs. Pour les sociologues, « *Il s'agit de se pencher également sur les enjeux et effets de l'interdisciplinarité en rapport avec les identités professionnelles... (et) également sur les enjeux et effets de l'interdisciplinarité en rapport avec les identités professionnelles* ». La qualité des échanges dépend aussi des *objets intermédiaires* produits et mobilisés dans cette interaction.

Ce découpage tranché ne doit pas masquer les multiples degrés existant dans les différentes approches, dans lesquelles la nature de la pathologie du patient, mais aussi sa situation personnelle et les relations entre professionnels ont toute leur importance. Ainsi, Euler-Ziegler et Ziegler distinguent, dans la multidisciplinarité notamment, différents degrés « *qu'il s'agisse de la juxtaposition occasionnelle et informelle à l'organisation structurée interactive, plus ou moins spécialisée, intégrant ou non l'unité de lieu et de temps. Il ne s'agit pas d'une simple somme de compétences techniques, mais d'une potentialisation et d'une optimisation des ressources, les maîtres-mots restant : complémentarité, synergie, coordination et évaluation* ».

Ces différents modèles sont fortement dépendants des organisations et de l'histoire de leur constitution et de leur évolution. Si la tentation d'une approche uniformisée pour tous les patients est grande pour de multiples raisons, l'environnement général des systèmes dans lequel prennent place coopération et coordination est loin d'être neutre. Si, dans les différentes approches « du terrain », la vision technologique, les TIC, semble le plus souvent présentée comme étant LA solution, complétée, pour la santé, d'une régulation plus ou moins centralisée de la place, des rôles et missions des offreurs de soins, les approches

⁵⁶⁰ Assal Jean-Philippe (1996) « *Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité.* », *Encyclopédie Médico-chirurgicale*

⁵⁶¹ Vinck Dominique (2003) « *L'instrumentation du travail interdisciplinaire : cadrage des échanges et médiation par les objets intermédiaires* », *Esprit Critique, Revue internationale de sociologie et de sciences sociales*, Vol. 5, n° 1, Site Internet

communicationnelles y ont toute leur place, car elles sont complémentaires et préalables aux approches technologiques. Elles rejoignent en ce sens les grands principes de la démarche par les processus, que nous évoquons dans le chapitre 6 : Un contexte, des intervenants, des approches et des parcours multiples, page 132 et suiv.

Il reste que ces modèles de coopération et de coordination restent majoritairement « centrés » sur les professionnels de santé, voire leurs organisations, et les résultats généralement observés sous l'angle économique des soins administrés et des moyens mobilisés. Leurs formes, leur présence ou leur absence et leur évolution sont fortement dépendantes non pas des territoires politiques et administratifs, mais des bassins plus ou moins étendus dans lesquels elles prennent forme et évoluent, et des relations qu'entretiennent ces professionnels entre eux. Cependant, le patient y joue un rôle plus ou moins actif à la fois dans ses choix personnels ou « orientés », sa mobilité, mais aussi dans les informations qu'il collecte et qu'il transmet au « captant » à propos des « non-captant ».

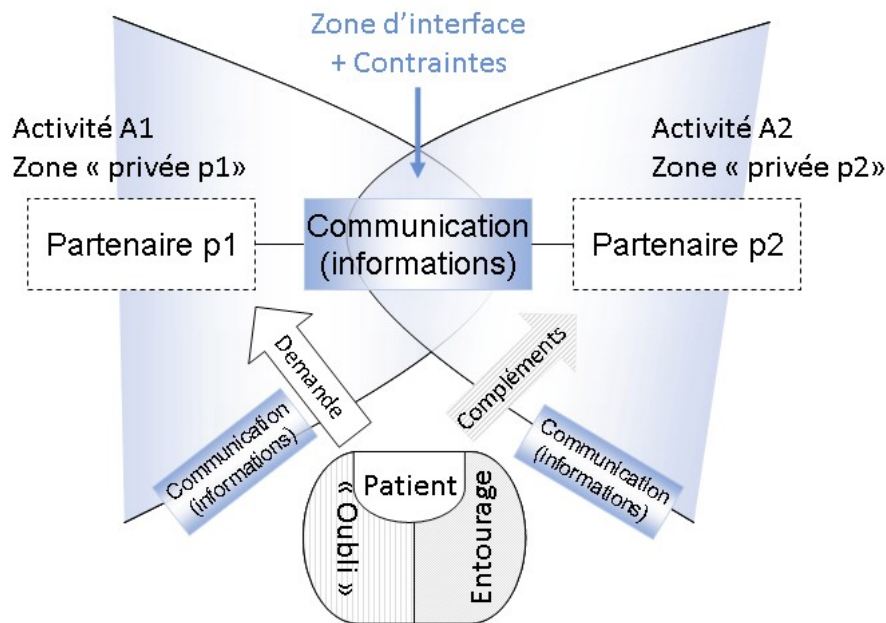
Enfin, il convient aussi d'intégrer l'influence des médias « grand public » au travers de différents classements comme celui, annuel, des hôpitaux régulièrement publiés, de celle de l'utilisation d'Internet comme outil complémentaire d'information, et de celle non moins négligeable de la rhétorique communicative des différents acteurs impliqués dans le système de santé (ou les TIC), mass-media compris. Ces différents aspects restent vraisemblablement à évaluer.

7.7 Communication et relations humaines

Il convient de compléter notre schéma général de la communication présenté précédemment, par une autre dimension qui a une incidence, positive ou négative. À la différence des communications vues sous l'angle fonctionnel et technique, le subjectif joue un rôle important, à la fois dans la relation entre le patient et les professionnels de santé, mais aussi pour les professionnels de santé entre eux. Dans nos différents entretiens, nous avons abordé les notions de normes et de valeurs selon différentes dimensions. Si certains ont répondu franchement, positivement ou négativement en éludant, « *nous sommes tous médecins* », l'analyse des entretiens laisse transparaître une réalité différente. Elle concerne aussi bien les appréciations des professionnels entre eux, leurs fonctions, leurs rôles, leurs statuts ou leur localisation, que celles relatives aux patients dans leur aspect, ou leurs capacités aussi bien physiques qu'intellectuelles.

S'agissant de relations humaines, cette communication est entachée de différents « défauts » ou influences que nous avons schématisés ainsi comme support d'explication lors de nos interviews de validation du questionnaire.

Figure 56 : Interactions, communication et contraintes



L'information est inégalement répartie entre les partenaires, la forme des interactions variant en fonction de l'environnement de la rencontre. Les décisions sont prises dans un contexte de rationalité limitée (tous les éléments ne sont pas forcément disponibles pour la décision), d'incertitude (endogène et exogène, Vidaillet *et al.* 2005⁵⁶²) et d'asymétrie d'information (patient, entourage, partenaires) et de connaissance. Cette asymétrie peut être aussi une variable stratégique influant sur le contenu de la communication, elle-même dépendante de plusieurs facteurs, dont le temps, la répétition de l'interaction entre les différents acteurs, leur appréciation ou leur considération réciproques (identité) et leur positionnement dans le cycle d'une prise en charge. Les approches de la communication interpersonnelle apportent aussi différents éclairages.

La notion de zone ou d'espace emprunte pour partie à Arendt⁵⁶³, en lien avec l'action, « *seule activité qui mette directement en rapport des hommes* ». L'action a son espace propre, l'espace de l'action (nommé aussi par Arendt, espace intermédiaire ou espace d'appartenance) défini comme l'agencement de personnes qui débattent ensemble. C'est dans cet espace que se fait la distinction entre espace public (celui de l'action et de la parole) et privé (celui des activités familiales et productives, de l'intime). Le lieu (au sens physique) et les conditions du déroulement de l'action ont une influence particulière (spatialité de l'action). Chez Arendt, la spatialité se rapporte à trois dimensions de l'espace, la spatialité des places, la spatialité des positions et la spatialité de l'action, leur articulation dépendant des notions de pluralité et d'identité.

De son côté, Edward T. Hall aborde l'espace selon une dimension culturelle en introduisant la proxémie (« *La dimension cachée* »), à laquelle il adjoint les dimensions temporelles et linguistiques (« *Le langage silencieux* »). Il est aussi possible de s'interroger sur la notion d'espace, vu au sens d'Habermas, entre public et privé.

⁵⁶² Vidaillet Bénédicte, d'Estaintot Véronique, Abecassis Philippe (2005) « La décision », De Boeck Supérieur, « Méthodes & Recherche »

⁵⁶³ Adaptation à partir de sources multiples dont : Debarbieux Bernard (2014) « [Les spatialités dans l'œuvre d'Hannah Arendt](#) », *Cybergeo : European Journal of Geography, Épistémologie, Histoire de la Géographie, Didactique, document 672*. Brudny Michelle-Irène (2002) « La sphère privée selon Hannah Arendt. », *Champ psy*, n° 27, pp. 9-12

L'emploi de zone privée est ici volontaire, elle fait référence aux différents espaces et à leurs interprétations possibles. Privé prend ici le sens de ce qui n'est pas exposé à l'extérieur. Par exemple, l'intime du patient (le soi) varie en fonction de la situation, avec ou sans « rupture ou altération biographique », dont celles liées à sa rencontre avec le ou les professionnels de santé et leurs organisations. Il en est de même pour l'espace (la zone) de leurs partenaires réciproques. D'autre part, si le patient voit son médecin, le médecin voit des patients dont certains « sont ou deviennent les siens », au regard de leur relation (répétitivité et temps) et des liens qui se nouent au fil du temps. De même, il a ses partenaires (son réseau informel) et des partenaires (le champ des possibles).

Comme le rappelle Paquot (2009⁵⁶⁴) « *Selon les langues, les cultures, les époques, les sexes et les âges, le sens de certains mots comme “ public ”, “ privé ”, “ intimité ”, “ commun ”, “ collectif ”... se modifie profondément, ce qui du coup joue sur leurs relations et surtout détermine, en partie, leurs usages.* »

7.8 En conclusion

C'est donc dans cet environnement complexe et la richesse des approches possible que prennent place les communications en santé. Nous avons choisi de présenter ici certaines de ces notions, même si elles sont incomplètes et donc forcément hautement critiquables. Elles nous ont aussi guidés dans certains choix dans notre approche de la problématique ou pour notre questionnaire.

Notre enquête est abordée dans le chapitre suivant.

⁵⁶⁴ Paquot Thierry (2009) « *L'espace public* », Paris, La Découverte « Repères »

8. Enquête : genèse et démarche

La construction de notre problématique de recherche et de son questionnaire support repose sur un travail en plusieurs étapes :

- Une phase préliminaire d'identification des principales thématiques par le biais d'entretiens semi-directifs auprès des syndicats des professionnels de santé ;
- Une phase d'identification des supports d'enquête préexistants sur des thématiques similaires ;
- Une phase de construction du questionnaire avec une validation par différents experts et répondants, et, quand cela a été possible, une réévaluation avec les intervenants de la première phase. Nous reviendrons sur ce point plus loin.

8.1 L'identification des thématiques principales

La construction de notre thématique de recherche repose sur un travail préliminaire d'enquêtes réalisé avec les syndicats de médecins, hospitaliers⁵⁶⁵ (4) et libéraux (4⁵⁶⁶). Il fait suite notre enquête réalisée avec les syndicats des salariés non médicaux de la fonction publique hospitalière en 2013 qui a donné lieu à un ouvrage publié en 2014⁵⁶⁷. Afin de conserver la même trame d'enquête, le questionnaire de 2013, légèrement amendé de problématiques spécifiques aux médecins, a été réutilisé. Nous avons préalablement effectué une recherche historique pour mieux comprendre la genèse de la profession. Elle est présentée dans les Annexes chapitre « C : Professions médicales et Santé, une approche historique », page 338.

Ces entretiens, pour lesquels nous nous sommes engagés par écrit à une stricte confidentialité, ont été conduits entre février 2014 et août 2014. Ils ont servi de support à l'élaboration de plusieurs thématiques du questionnaire principal, support de notre démarche liée à la communication.

Le questionnaire utilisé (16 questions ouvertes en lien à une thématique préalablement introduite, 4 questions à caractère quantitatif en lien avec les thèmes abordés) a été transmis entre 2 et 4 semaines avant le rendez-vous. Il avait pour objectif de servir de trame support des entretiens. En fonction du contexte et des opportunités, d'autres thématiques, comme la communication entre professionnels ou les dossiers électroniques de santé, ont pu être abordées. Chaque entretien a été enregistré. Il a fait l'objet d'une retranscription complète et, pour le tiers d'entre eux, d'une synthèse d'ensemble pour chaque thématique abordée. La retranscription, et la synthèse le cas échéant, ont été transmises à nos correspondants pour relecture, complément et validation.

L'ensemble des entretiens représente 22 h d'enregistrement (en dehors de la CSMF et de la FMF, entretien délégué, seule la synthèse a été fournie), 160 pages d'entretiens retranscrits. En moyenne, en lien avec l'expérience précédente, une heure d'entretien nécessite, en fonction de la densité des échanges, entre trois à quatre heures de retranscription soit, dans le cas courant environ 80 heures.

⁵⁶⁵ *Avenir hospitalier, CPH, INPH et ISNI (internes). Les autres syndicats représentant les professionnels de santé hospitaliers n'ont pas donné suite à nos demandes et relances.*

⁵⁶⁶ *MG-France et le SML en 2014, CSMF et FMF, coréalisé en partenariat avec Claude Bernard début 2015. Les autres syndicats représentant les libéraux n'ont pas donné suite à nos demandes et relances. Le SNJMG, Syndicat national des jeunes médecins généralistes, aurait pourtant pu apporter un regard intéressant, puisque représentant les futurs et jeunes médecins généralistes exerçant depuis moins de 10 ans, libéraux et salariés.*

⁵⁶⁷ *Véret Michel, Bernard Claude (2014) « Santé et dialogue social : les personnels non médicaux », Presses de l'EHESP*

En fonction des contextes et de la retranscription, chaque synthèse (3 ont été réalisées) a demandé une vingtaine d'heures.

Les thématiques ont été les suivantes :

- Évolution du système de santé ;
- Évolution générationnelle ;
- Évolution des métiers ;
- Stratégie de « lobbying » du corps médical, normes et valeurs ;
- Notion de « désert médical » ;
- Gestion prévisionnelle des emplois métiers et compétences – GPEC ;
- Entretiens professionnels ;
- Objectivation des activités ;
- Démarche processus ;
- Projet d'établissement ;
- Performance et efficacité ;
- Conditions de travail, GRH et pôles ;
- Identité et mission ;
- Représentations sociales ;
- L'évaluation du dialogue et du climat social (autour des indicateurs actuels) ;
- Éléments quantitatifs, en lien avec le questionnaire ci-dessus :
 - Thèmes de négociation (en ES) prévus par la loi ;
 - Thèmes de négociation affinés ;
 - Climat social en établissement ;
 - Thèmes d'entretien.

Les représentations sociales étaient introduites ainsi : « Chaque métier, chaque groupe de professionnels, développe sa propre représentation sociale de concepts. Dans le contexte de la santé, l'approche est différente en fonction du lieu ou du mode d'exercice voire des spécialités. Quels sont pour vous les valeurs ou les mots que vous associez aux termes suivants ? » :

- Patient ;
- Dossier ;
- Parcours ;
- Partage ;
- Coordination ;
- Coopération ;
- Support d'information ;
- Flux d'informations, au sens de transfert d'information, quelle qu'en soit la nature, depuis ou vers quelqu'un ou quelque chose, quel qu'en soit le support ou la proximité ou non géographique ou temporelle ;
- Santé ;
- Système de santé ;
- Système d'information ;
- Médecine ;
- Innovation ;
- Acceptabilité (dans le contexte des TIC)

Certains éléments de réponse seront présentés de façon synthétique pour illustrer notre propos si besoin dans la partie discussion. Ils seront suivis de la mention (*information syndicale*).

8.2 Identifier les thématiques

8.2.1 *Les parcours vus par les dépêches de presse*

Nous souhaitons connaître l'émergence de la notion de parcours, dans le contexte de la santé, pour le moins, dans son acception actuelle et identifier quels étaient les grands sujets en référence. Pour ce faire, nous avons interrogé différentes bases de données, dont celles des dépêches liées au monde de la santé : APM et Hospimédia. Ces requêtes ont été effectuées en juin 2014, tant sur les parcours que sur des notions complémentaires. Si nombre de dépêches concernent les termes parcours (de soins, de santé), celles relatives aux médecins (réfèrent, traitant, coordinateur), les échanges de données, le ou les dossiers (informatisé, patient, médical, de soins...) ou la notion de système d'information en santé, les résultats sont peu probants. Nous avons sollicité les deux éditeurs (contact nominatif) afin d'obtenir un ou des documents contenant les dépêches répondant à une liste de critères préétablis. Il semble que cela ne soit pas possible techniquement. Ces dépêches suivent l'actualité et les différentes préoccupations du moment. Un travail plus fin d'analyse ne peut se faire qu'avec la collaboration des agences concernées. Chaque requête permettant d'extraire de 40 à 2 500 dépêches, l'interface actuelle de visualisation/sélection demande un temps considérable pour des résultats incertains.

Néanmoins, outre les problématiques d'actualité au début des années 1990, comme le Sida, les hépatites (sang contaminé) ou la maladie de Creutzfeldt-Jakob et les hormones de croissance, la notion de parcours est aussi associée aux progrès de la médecine dans certains contextes (la procréation assistée et le suivi de l'enfant, cancérologie), la santé et la prévention, le tabac, les maladies cardio-vasculaires avec la mise en place des parcours du cœur (parcours sportifs en ville). Début 2000, une dépêche concerne la promotion de 2 réseaux (Commission Soubie) : Cancer (Bayonne) et dépendance des personnes âgées > 70 ans (CPAM Alpes-Maritimes). Concernant le réseau Cancer, il s'agit d'un « *Fléchage du parcours de soins pour les patients atteints de cancer. Placé au centre du réseau, le médecin traitant sera chargé de coordonner les transferts d'information. Un dossier patient unique disponible par voie informatique via le RSS facilitera les échanges entre les différents acteurs, oncologues, radiothérapeutes, médecins, infirmiers* ». Ce réseau sera regroupé ultérieurement dans le réseau de cancérologie d'Aquitaine (développement dans le cadre du plan Cancer de 2003).

Pour ce qui concerne les systèmes d'information et l'informatique, les échanges prennent la forme d'expérimentations avec le support de l'EDI. Dans la dépêche du 25 novembre 1991, le Centre de liaison, d'étude et de recherche sur le système d'information (CLERSIH) présente les échanges de données informatisées (EDI) dans le cadre d'Hôpital-Expo. « *Résultat d'une synergie entre l'informatique et les télécommunications, l'EDI a pour objet de remplacer les échanges reposant sur le papier par des échanges électroniques de documents qui permettent de réduire les délais et les coûts* ». Cette avancée est à mettre en relation avec la « libération des hôpitaux locaux de la tutelle informatique des CRIH » en 1989. Se pose alors la question du financement de l'informatique hospitalière, mais aussi du développement des solutions informatiques et des échanges. Dans la dépêche du 18 novembre 1992, Gérard Vincent, alors Directeur des hôpitaux au ministère de la Santé critique le « nombrilisme » des hôpitaux. Selon lui, « *... les hôpitaux coopèrent peu. Ils ont l'habitude de vivre en vase clos. Chacun fait du nombrilisme. En caricaturant, les hôpitaux ont tous l'impression d'avoir trouvé le système d'information révolutionnaire et ont décidé de le vendre aux autres. Or, comme ils ne sont ni formés ni armés pour se comporter en industriels, ils prennent des risques considérables...* » Pour ce qui concerne les échanges ou l'informatique hors hôpital, aucune information n'est

fournie, le sujet n'est jamais évoqué, en dehors du développement de la FSE dans le cadre des ordonnances de 1996. D'autres sujets émaillent les débats.

Une requête sur « parcours », dans les mots-clés et le titre, limité à POLSAN (politique de santé, dans les dépêches APM), donne 215 résultats différents concernant :

- Le parcours professionnel des retraités de la SNCF ayant pu être exposés à l'amiante ;
- Les parcours dans le domaine scolaire et celui du handicap ;
- Les affaires liées à des problèmes de médicament par exemple font apparaître la notion de « parcours judiciaire » ;
- Le parcours de soins rationalisé proposé par l'Assurance maladie (Loi de 2004, médecin traitant). L'UNSA s'inquiète du parcours de soins proposé par le ministre de la Santé, et les médecins ayant un mode d'exercice particulier (MEP) s'inquiètent que ce nouveau parcours de soins coordonné par la nouvelle convention (2005) ne tienne pas compte de leur spécialité. En 2005, des inquiétudes apparaissent sur l'influence de la T2A sur le parcours médical des patients et l'accès aux soins.

Seules quelques dépêches restent exploitables comme piste de recherche ou piste documentaire à approfondir. Si l'idée initiale était de sélectionner les dépêches pour les retraiter à l'aide d'une analyse factorielle de correspondance (Iramuteq), la charge de travail pour obtenir un résultat exploitable semble démesurée au regard du projet à conduire. Nous nous sommes tournés vers d'autres sources d'information.

8.3 Parcours et Communication vus des thèses

Les différents facteurs favorisant ou non l'utilisation des dossiers électroniques en santé au sein des organisations comme objet partagé entre organisations ont fait l'objet de maintes études, avec des points de vue et des résultats dépendants à la fois des auteurs, mais aussi de leur approche et de leur positionnement. Nous nous sommes intéressés à la logique de communication sous-tendue entre professionnels de santé. D'après nos analyses, il n'existe peu ou pas de recherche ou de cadres d'analyse de ces échanges ou, plus généralement, de recherches sur la communication entre les différents producteurs de soins ou de santé, communément appelés professionnels ou organisations de santé en France, incluant le monde social et médico-social, selon une approche transversale, voire « longitudinale », vue du patient, dans laquelle s'inscrit la notion de parcours. Nous revenons dans ce chapitre sur les grandes lignes qui ont guidé la construction de notre modèle de communication.

8.3.1 *Approches « non médicales » et groupes de recherche*

En première approche, outre les publications portant sur le sujet de la communication ou aux relations entre les professionnels de santé et les patients et les professionnels de santé entre eux, nous nous sommes intéressés aux thèses « générales » portant sur les parcours ou les trajectoires de soins ou de santé et la communication en santé sur les portails « Hals archives ouvertes » et www.theses.fr.

Nous avons repéré, dans un premier temps, 232 thèses répondant aux critères de « Parcours de soin », « Parcours de soins », « Parcours de santé », « trajectoire de soin », « trajectoires de soin », « trajectoire de santé », dont sur des critères complémentaires :

- « Trajectoire » : 1 thèse concerne la santé sur les 111 thèses portant sur la notion de trajectoire au sens général (physique des particules, profession et trajectoire professionnelle...)
- « Parcours de soin » : 1 thèse concerne la Relation de soin (Hals)
- « Parcours de soins » : 10 thèses (Hals)
- Recherche sur theses.fr, 106 thèses, en cours et soutenues dont :
 - « parcours de soin » : 48 thèses
 - « parcours de santé » : 4 thèses
- 55 thèses (www.theses.fr) répondent aux critères de « Communication santé » (12 thèses), « Communication médecin » (42 thèses), « Communication entre professionnels de santé » (1 thèse).

En synthèse, après l'analyse des thèses (titre et résumé, quand il est disponible), nous avons sélectionné 106 thèses que nous avons réparties par discipline « majeure », à partir de celle fournie dans les références et l'analyse du résumé. Les résultats sont regroupés dans les tableaux suivants.

Les thèses sélectionnées correspondent à 54 disciplines déclarées comme telles dans la thèse proprement dite. Nous avons procédé à deux regroupements par similarités. Un premier regroupement a conduit à réduire la première liste à 23 disciplines. Cette répartition étant trop dispersée, un second regroupement a abouti à 7 « disciplines majeures ». Le tableau résultant est proposé ci-après :

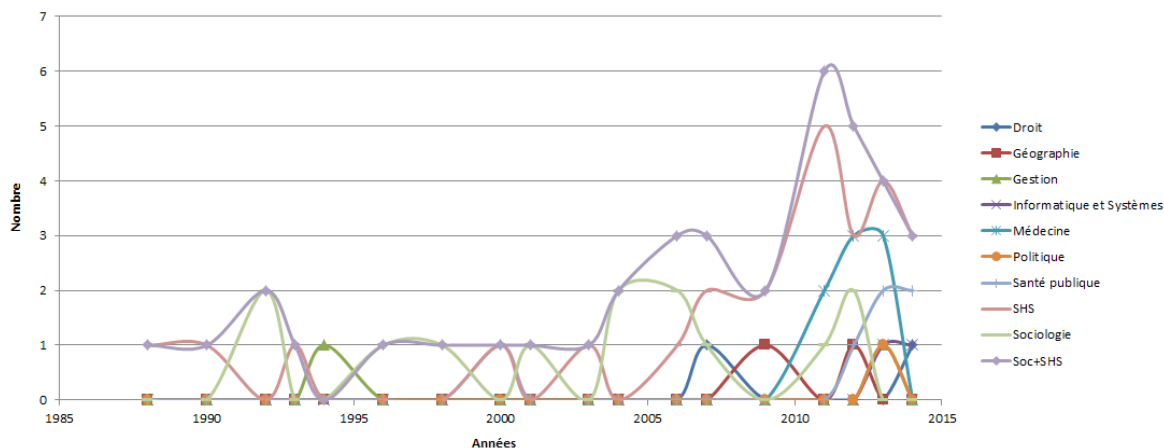
Tableau 7 : Les disciplines des thèses, hors médecine

| Discipline majeure de regroupement | Volume en % | Discipline regroupée | Volume en % |
|------------------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
| Droit | 2,8 % | Droit | 3,8 % |
| Géographie | 2,8 % | Géographie | 2,8 % |
| Gestion | 4,7 % | Gestion | 3,8 % |
| Gestion | | Master sciences biomédicales | 0,9 % |
| Informatique et Systèmes | 4,7 % | Informatique | 1,9 % |
| Informatique et Systèmes | | Systèmes | 2,8 % |
| Médecine | 15,1 % | Bio statistique | 3,8 % |
| Médecine | | Épidémiologie | 4,7 % |
| Médecine | | Éthique | 1,9 % |
| Médecine | | Médecine | 3,8 % |
| Médecine | | Santé publique | 8,5 % |
| Politique | 0,9 % | Politique | 0,9 % |
| SHS | 37,7 % (1) | Anthropologie Ethnologie | 5,7 % |
| SHS | | Démographie | 1,9 % |
| SHS | | Économie | 3,8 % |
| SHS | | Éducation | 3,8 % |
| SHS | | Ergonomie | 1,9 % |
| SHS | | Histoire | 3,8 % |
| SHS | | Philosophie | 0,9 % |
| SHS | | Psychologie | 9,4 % |
| SHS | | Sciences cognitives | 0,9 % |
| SHS | 22,6 % (2) | Sociologie | 27,4 % |
| SIC | 0,9 % | SIC | 0,9 % |

(1) SHS hors sociologie (2) Sociologie seule

Dans les graphiques ci-après, nous avons extrait la sociologie des SHS. Le graphique comporte donc 2 entrées liées à ces domaines, SHS correspondant dans le tableau ci-dessus, à Sociologie seule et à Sociologie + SHS.

Figure 57 : Thèses « généralistes » soutenues par disciplines



Les thèses soutenues concernent majoritairement la sociologie et les SHS. Le décalage entre les thèses soutenues et celles à venir tend à se combler, en raison de l'intérêt plus marqué à partir du début des années 2000 pour les problématiques interrogées. Fait assez surprenant, les thèses liées aux politiques de santé sont pratiquement totalement absentes. Deux hypothèses à vérifier : soit la thématique des parcours en santé n'intéresse pas la discipline, soit les thèses liées ne se sont ni sur theses.fr ni sur Hals. Il semble que l'incidence économique de ces mêmes parcours connaisse un sort similaire. Il existe d'autres sources possibles. Nous avons écarté les sites plus spécialisés concernant les thèses à caractère économique ou politique, car s'éloignant trop de notre sujet.

Figure 58 : Thèses « généralistes » en cours par disciplines

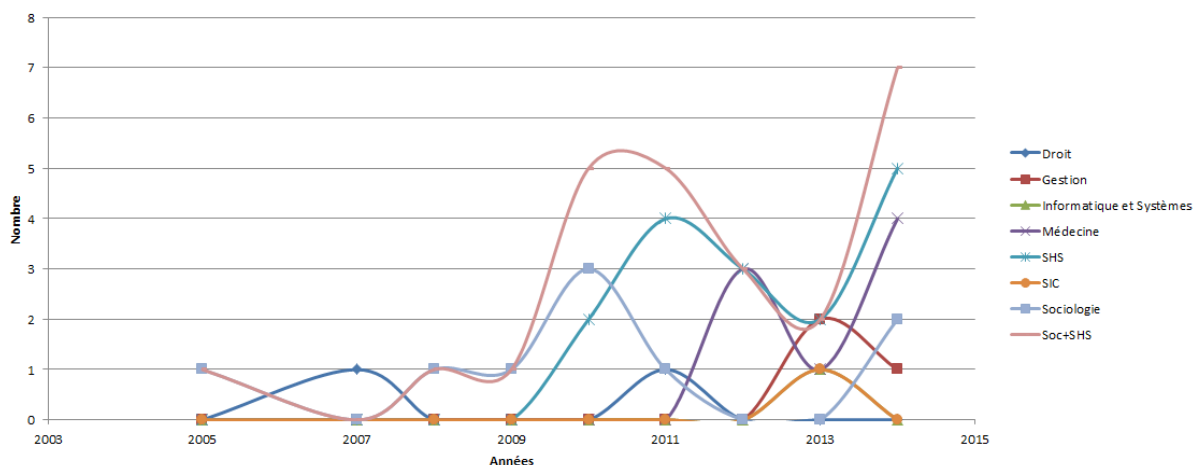
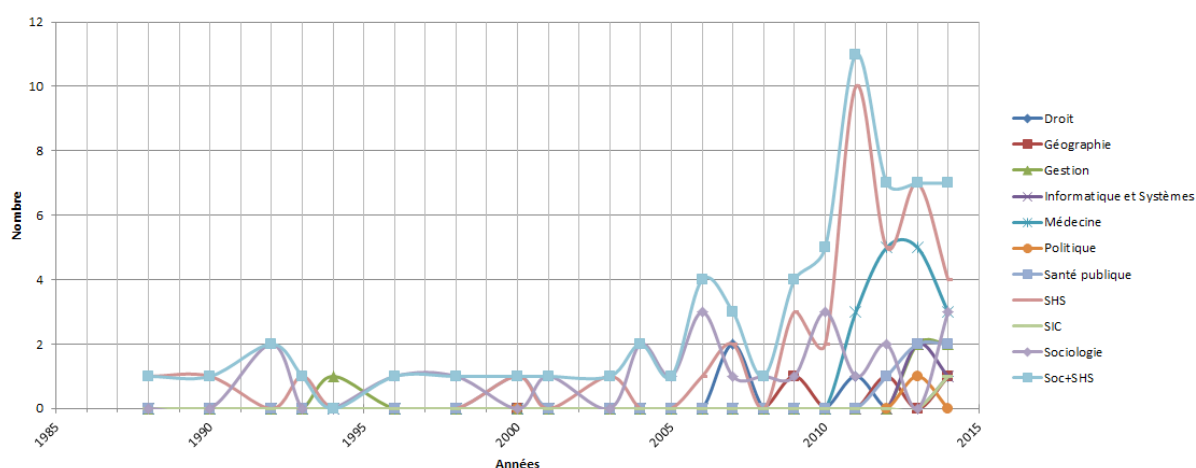


Figure 59 : Ensemble des thèses « généralistes » par disciplines



Les courbes cumulatives permettent un meilleur aperçu, avec une croissance nettement marquée à partir de 2006. Deux facteurs peuvent expliquer cette variation : la Loi Kouchner de 2002 suivie de la Loi de 2004 entraînant l'obligation du médecin traitant. Le regain d'activité après 2009 suit vraisemblablement le vote de la Loi HPST, avec un relatif tarissement du sujet dans le temps (publication sur le sujet de la politique post-loi). Il est à noter que ce ne sont que des hypothèses, la majorité des thèses concernées n'étant pas accessibles en ligne. Les thèses soutenues en médecine générale font l'objet d'un chapitre spécifique.

8.3.2 Autres supports

Nous avons complété notre recherche avec les travaux menés par le groupe GISEH⁵⁶⁸ – Gestion et ingénierie des systèmes hospitaliers, du GDR-Macs - Groupe de recherche – Modélisation, analyse et conduite des systèmes dynamiques. GISEH est animé par les universités de Lyon et de Saint-Étienne, il s'appuie sur différents laboratoires, dont ceux de l'École des Mines. Les sujets de GISEH concernent principalement « l'étude de l'adaptabilité et de la transférabilité des méthodes et outils de la gestion industrielle pour la gestion hospitalière », comme l'adaptation de démarches industrielles (gestion de production, recherche opérationnelle, Lean management, BPM et Workflow...) et les outils technologiques dédiés en santé (applications informatiques dédiées). Les sujets correspondant à notre problématique sont dans la majorité des cas centrés sur un développement technique cible, en lien avec une organisation donnée, comme la conception, la réalisation et la mise en place d'un carnet de liaison électronique au domicile du patient dans le contexte d'une HAD.

Enfin, les différents projets soutenus par l'ASIP et ses organisations partenaires (référentiels d'interopérabilité spécifiques, architecture fonctionnelle des systèmes d'information en santé...), ou ceux de la DGOS, dans le cadre du projet PREPS⁵⁶⁹ (programme de recherche sur la performance du système des soins), intégrant les « usages numériques » et les systèmes d'information de santé vus sous l'angle des TIC... incluses ou non dans les projets TSN ou « Hôpital numérique », ne sont pas accessibles pour des raisons professionnelles qu'il n'est pas utile d'évoquer ici.

⁵⁶⁸ Site Internet : <http://www.univ-valenciennes.fr/gdr-macs/node/4393>

⁵⁶⁹ « Le continuum structuré de recherche appliquée en soins intègre une recherche ayant pour objectif l'amélioration de l'efficacité des offreurs de soins et de leur organisation. Cette recherche doit expérimenter et évaluer des organisations permettant une meilleure qualité des soins et des pratiques. Elle est l'objet du programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) », ministère de la Santé, juin 2015, site [Internet](http://www.internet).

Au-delà de la mise en œuvre d'un dossier unique national, comment l'évolution et le changement dans ou des organisations de santé, de la gouvernance du système de santé, de sa régulation et des modes de gestion des organisations de santé, mais aussi l'évolution des acteurs et des identités professionnelles au sein de ces organisations influent-ils sur ces échanges ? Plus particulièrement, comment aborder la communication autrement que par la technologie (les transactions) puisque ce sont avant tout les interactions entre acteurs qui sont en jeu ou qui ont la plus grande influence ? Si la primauté est souvent donnée aux textes qui sont avant tout le reflet synthétique d'un ensemble de constats et d'activités, avec des finalités d'utilisation multiples, les relations entre les personnes sont, elles aussi, importantes. Ce sont aussi elles qui vont concourir à la prise en charge et à l'élaboration d'une relation de confiance entre tous les partenaires du soin, patient compris. Répondre à ces questions sous-entend définir un cadre permettant d'aborder ce phénomène complexe. C'est l'objet des exposés des chapitres suivants.

8.3.3 *Les approches en médecine (générale)*

8.3.3.1 *Introduction*

L'étude des communications en santé *in situ* nécessite un accès aux professionnels dans le contexte d'une étude de cas avec une analyse de documents à caractère médical. L'accès à ces documents est réglementé et nécessite des autorisations spécifiques, de l'établissement de santé, dans un contexte hospitalier, du praticien libéral et du conseil de l'ordre dans un contexte ambulatoire. N'étant pas un professionnel de santé, ces autorisations sont pratiquement impossibles à obtenir. Nous avons sollicité à plusieurs reprises la Société française de médecine générale (SFMG) qui a mené des études du même ordre en proposant une collaboration pour approfondir nos démarches respectives. Cette démarche est restée sans suite.

Nous avons alors décidé de faire une étude sur les thèses en médecine soutenues en France, accessibles sur Internet, dont le sujet serait en rapport avec les correspondances entre professionnels de santé. Il semble que l'analyse des correspondances puisse s'effectuer selon 3 approches :

- La méthode la plus employée est l'analyse de l'exhaustivité des informations contenues dans les correspondances, au regard du patient et de sa ou ses pathologies. Ces informations varient en fonction des attentes du demandeur par rapport au cas courant. Elles sont évaluées par le destinataire le plus souvent selon des critères qualitatifs et quantitatifs, en relation avec ses propres attentes et besoins.
- La seconde méthode consiste à évaluer les informations fournies au regard de la réalité perçue par le correspondant, dont le diagnostic et la concordance des informations fournies par le patient avec celles fournies par l'émetteur... Si l'on se situe dans le cadre d'un parcours, il ne s'agit pas de porter un jugement sur l'émetteur, mais de compléter une démarche pour laquelle celui-ci éprouve le besoin de faire appel à un spécialiste en raison de ses connaissances sur un sujet précis ou particulier. C'est aussi l'une des caractéristiques de la médecine générale. Le positionnement de celle-ci dans la chaîne de la prise en charge du patient montrant une forte variabilité selon les pays et le système de santé, les études varient fortement selon leur origine. Nous avons écarté cette analyse aussi en raison du risque d'un jugement non pas sur la réalité de la communication et de ses formes, mais sur les qualités professionnelles du praticien que nous ne sommes pas

habilités à juger. Il est à noter que l'envoi vers un correspondant inconnu, *a fortiori* le dépôt dans un dossier ouvert à tous soulève certaines craintes de cet ordre.

- La troisième méthode intéresse, outre la qualité des courriers, l'utilité de l'adressage lui-même. *A priori*, ces cas concernent certains problèmes spécifiques ou hautement spécialisés. Cette évaluation ne peut se faire que par une double analyse, celle du courrier d'accompagnement d'une part et celle du dossier médical lié à la prise en charge d'autre part.

Dans les deux derniers cas, il est nécessaire d'être professionnel de santé dûment habilité pour accéder aux informations médicales. Nous avons opté par une double approche, le point de vue de l'émetteur d'un document, au regard de ses habitudes et le point de vue du récepteur, au regard de ses attentes et de la qualité perçue de ce qu'il reçoit.

8.3.3.2 Recherche et sélection

Nous avons recherché les thèses en médecine sur les correspondances et les attentes des médecins. Dans la majorité des cas, il s'agit de thèses en médecine générale. Les sources principales, issues de <http://www.abes.fr/Theses/Selection-de-sites> et consultées en 2013 et 2014 ont été les suivantes :

Tableau 8 : Critères de recherche des thèses en médecine sur les parcours et la communication

| Source | Site | Critères | Nombre |
|---|---|---|---|
| Banque FAYR-GP. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale | http://www.theseimg.fr/1/ | ambulatoire, amélioration, analyse des pratiques, Approche personnalisée, Collaboration, communication, Communication interculturelle, communication interdisciplinaire, Communication Ville-Hôpital, Compétence relationnelle, compte-rendu d'hospitalisation, Consultation médicale, continuité des soins, coopération interprofessionnelle, coopération interprofessionnelle, coordination, coordination des soins, courriers, dossiers médicaux, dossiers médicaux, échanges électroniques, enquête prospective, Enquête qualitative, Entretiens individuels, envoi aux urgences, Étude prospective, étude qualitative, étude quantitative, évaluation de processus en soins de santé, événements indésirables associés aux soins, généralistes, hospitalisation, information, médecin coordonnateur, médecin de famille, Médecin généraliste, médecin traitant, Médecin(s) généraliste(s), Médecine ambulatoire, Médecine générale, médecine générale, médecine libérale, médecin-patient, médecins généralistes, Ordonnance, ordonnances, parcours de soins, Patients, Permanence des soins – Réseaux communautaires – Système information soins ambulatoires – Internet – Courrier électronique, permanence des soins ambulatoires, recommandations de bonne pratique, Recommandations de bonne pratique, relation médecin malade, relation médecin-malade, relation médecin-patient, relation médecin-patient, relation thérapeutique, relations interprofessionnelles, Relations patients- | 126 thèses retournées. Examen des thèses et sélection de sujets portant sur la communication Ville-Hôpital, hôpital-ville ou ville-ville |

| Source | Site | Critères | Nombre |
|--|---|---|---|
| | | médecin, Représentations sociales, urgence, urgences | |
| À partir de : http://www.abes.fr/Theses/Selection-de-sites | http://www.theses.fr/ | Mots-clés 1) Médecin ET courrier OU lettre 2) Médecin ET correspondance 3) Médecin ET communication | 1) 4 thèses, 0 en rapport 2) 3 thèses, 0 en rapport 3) 11 thèses, 0 en rapport |
| SUDOC | http://www.sudoc.abes.fr | 1) Médecin et Lettre 2) Médecin et courrier 3) Médecin et Correspondance 4) Médecin et communication 5) Médecin et Referral | 1) 410 thèses 2) 77 thèses 3) 89 thèses 4) 767 thèses 5) 1 thèse Analyse et sélection le cas échéant des résultats en relation avec le titre, le résumé et la disponibilité en ligne |
| Centre pour la communication scientifique directe | https://hal.archives-ouvertes.fr/search/index | Idem Sudoc | Néant avec la restriction sur Thèses et HDR |
| La Société française de médecine générale (SFMG) | http://www.sfm.org/publications/les_theses/ | Recherche par lecture des titres et des thèses à télécharger disponibles sur le site Internet de la SFMG | Une thèse principale concernant les échanges |
| MG-France (service proposé sur le site Internet) | http://www.mgfrance.org/index.php/services/theses | Il s'agit d'un site d'annonce concernant les thèses en cours. | Néant |

Nous avons aussi effectué une recherche sur Pubmed à partir des mots-clés du MESH avec les critères suivants : « Search details: ("Correspondence as Topic/economics"[Mesh] OR "Correspondence as Topic/ethics"[Mesh] OR "Correspondence as Topic/history"[Mesh] OR "Correspondence as Topic/instrumentation"[Mesh] OR "Correspondence as Topic/organization and administration"[Mesh] OR "Correspondence as Topic/standards"[Mesh] OR "Correspondence as Topic/statistics and numerical data"[Mesh] OR "Correspondence as Topic/supply and distribution"[Mesh] OR "Correspondence as Topic/utilization"[Mesh]) AND Pubmed pmc local[sb] AND loprovpmc[sb] » (183 résultats).

Note : il s'agit ici de la requête complète. Nous avons procédé à différents ajustements à partir des mots-clés du MESH de façon à retrouver les documents qui correspondaient à notre espace de recherche. Par exemple : (("Referral and Consultation"[Mesh]) OR "Referral") AND (("Correspondence as Topic"[Mesh]) OR (Collected Correspondence[Publication Type])) OR "Letters" OR "Correspondence" AND (Human[Mesh]) AND (English[lang]). Nous avons aussi interrogé The Cochrane Library (mots-clés du MESH, Referral AND (Letter or Correspondence⁵⁷⁰)), le King's fund publications (Referral puis letters, Topic Primary and community care, idem sans Topic.) Il est à noter que certains articles faisant état de recherche sur les courriers ou correspondance sont issus de la recherche médicale et disponible uniquement sur abonnement à certaines revues spécialisées. Dans ces différentes recherches, nous avons éliminé les publications relatives à la relation médecin-patient ou les contextes spécifiques ne reflétant pas les échanges entre les praticiens à propos d'un patient pour un ou plusieurs problèmes de santé. Nous avons souhaité aussi nous focaliser sur les expériences francophones sur le sujet. La sélection s'est effectuée sur les titres et résumés de façon à ne conserver que les publications correspondant à nos besoins.

⁵⁷⁰ Voir aussi Higgins Julian, PT, Green Sally (2011) "Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions" The Cochrane Collaboration, Version 5.1.0, Site [Internet](http://www.cochrane.org/)

Pour les thèses, en français, au regard des documents disponibles, nous avons sélectionné 39 thèses, principalement de médecine générale, couvrant la période de 2005 à 2014. Leur approche est mixte, quantitative et qualitative, centrée sur les flux entre partenaires de santé, autour de thématiques comme la liaison ville - urgences ou ville - SOS médecins et urgences.

Certaines thèses concernent la perception des médecins généralistes par leurs homologues hospitaliers et vice versa, ou la perception des médecins par les patients.

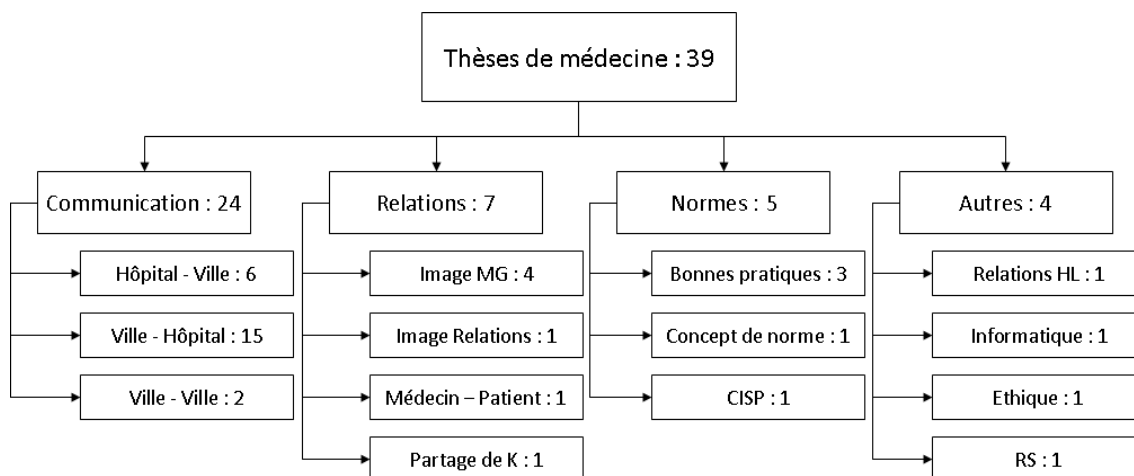
L'approche qualitative concerne les manques dans les courriers (informations) fournis. Pour les personnes de plus de 60 ans, ces manques concernent les informations liées au contexte social et environnemental. Ces renseignements à fournir ne semblent pas ancrés dans les habitudes (dépendance forte des praticiens).

Nous nous sommes inspirés des éléments attendus dans les lettres d'accompagnement (indépendamment du support), éléments complétés des recommandations ou études de la HAS sur ce sujet ou sur la continuité des soins pour constituer un « pré-questionnaire ». Nous y avons intégré d'autres éléments comme les aspects qualitatifs de la correspondance (lisibilité, complétude, etc.). Nous avons ensuite soumis ces premiers éléments à notre médecin de référence pour avis, complément et validation.

8.3.3.3 Analyse et résultats

L'analyse des thèses sélectionnées ci-dessus se répartit comme suit :

Figure 60 : Thèses en médecins. Répartition de la sélection



- La communication : Les auteurs des différentes thèses liées à la communication entre les organisations de santé font un constat semblable au nôtre : la majeure partie des analyses quantitatives et qualitatives ont pour cadre l'hôpital, qui est généralement l'environnement dans lequel le sujet de thèse prend place. Peu de thèses concernent le sens inverse, la communication de l'hôpital vue de la ville. Le contexte vil - ville concerne les échanges entre les médecins généralistes et les psychiatres dans un premier cas et une revue de la littérature concernant les lettres d'adressage des médecins généralistes vers les spécialistes.
- La partie relations concerne différents aspects :
 - L'image des médecins généralistes et de la coordination vus par les patients d'une part, et l'évolution de l'image des médecins généralistes vus par les patients sur une période longue (analyse comparative à 25 ans d'intervalle) ;
 - L'image réciproque des médecins vus par les urgentistes et vice versa ;
 - L'image des patients difficiles vus par les médecins (traduction d'un questionnaire américain) ;
 - Le partage de connaissance dans le cadre d'une collaboration (Canada).
- Les normes recouvrent plusieurs aspects :
 - La diffusion et la mise en œuvre de référentiels de bonnes pratiques, que l'on retrouve dans la publication de Cabana *et al.* (1999, Op. Cit.), et la définition de bonnes pratiques dans un contexte de prise en charge multicentrique d'une pathologie particulière (lombalgie chronique) dans un contexte de réseau ;
 - Les représentations sociales et la perception par les médecins généralistes du concept de normes dans les pratiques professionnelles, à mettre en relation avec le thème précédent ;
 - Les raisons de l'absence de la mise en œuvre de la CISP par l'intermédiaire d'un outil d'aide au codage (le DRC) développé par la SFMG.
- Le thème « Autres » regroupe un ensemble de thématiques complémentaires dont :
 - Les relations entre les médecins généralistes et les hôpitaux locaux. Ce thème a été abordé tant avec les syndicats de médecins qu'avec certains professionnels de santé, de façon informelle dans ce cas ;
 - L'informatique concerne l'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé (Apicrypt) utilisée depuis de nombreuses années par environ 30 000 praticiens ;

- La dimension éthique concerne l'utilisation des outils informatiques liés à la télétransmission dans le contexte d'un réseau avec l'intermédiation d'un tiers non professionnel de santé ;
- La partie concernant les représentations sociales est plutôt atypique, car elle concerne l'utilisation de l'hypnose en santé. Néanmoins, cette approche nous a permis de confirmer la nôtre concernant la partie du questionnaire relative à ce type de questionnement.

Cet ensemble de thèses présente un intérêt inégal, mais dans la majorité des cas, il fournit des informations utiles à l'évaluation de différents aspects dans la communication entre les professionnels de santé. Ce qui ressort sur le fond, à l'image des publications à caractère scientifique sur ce sujet, c'est qu'il semble y avoir une relative méconnaissance des attentes réciproques entre les différentes organisations de santé. Le plus souvent, l'arrivée à l'hôpital, indépendamment du mode d'entrée, se traduit par une parenthèse biographique qui vaut aussi bien pour le patient... que pour son médecin traitant, lequel, s'il reconnaît de bonnes relations confraternelles avec ses homologues hospitaliers (ils ont suivi la même formation), regrette le manque d'une « certaine forme de reconnaissance » de leur part, alors que tous se considèrent comme complémentaires.

D'autre part, il est difficile de proposer un formulaire type comprenant l'ensemble des informations qui pourraient intéresser le destinataire, soit parce que celles-ci ne sont pas connues ou inutiles (facteurs de risque, traitement de fond courant, etc.), soit parce que, en raison de ses pratiques (le secteur hospitalier majoritairement), le destinataire ne tient pas compte des informations fournies.

Enfin, la forme des thèses en médecine, ou au moins en médecine générale est assez singulière, avec un nombre de pages et une bibliographie assez limitée, avec des écarts très importants. En première analyse, les documents sélectionnés se répartissent en trois groupes :

- Un premier groupe avec un volume de pages total inférieur à 100 constitué de 26 thèses ;
- Un second groupe avec un nombre de pages inférieur à 200 constitué de 9 thèses ;
- Un troisième groupe avec un nombre de pages supérieur à 200, composé de 4 thèses. Une particularité concernant ce dernier groupe, une thèse comprend dans ses annexes l'intégralité des verbatim liés aux entretiens ce qui représente la moitié du document. Une analyse de type Iramuteq pourrait présenter un intérêt (dimension éthique dans le groupe « Autres »).

Cinq documents retenus (quatre thèses et une enquête régionale) ont été réalisés dans la même faculté de médecine (dont une thèse réalisée en binôme) et concernent la même thématique globale, trois le même thème de recherche. Deux autres identiques concernent une autre faculté de médecine, sur un thème semblable à la première cité précédemment.

Ces dernières remarques sont purement quantitatives et ne remettent aucunement la qualité du travail effectué ou les capacités de leurs différents auteurs. Il est ainsi possible de constater qu'un certain nombre d'articles concernant des thématiques similaires reposent sur des références « plus ou moins circulaires » en fonction des époques et des équipes concernées.

Sur le fond, nous constatons un relatif manque d'intérêt sur la communication entre professionnels de santé. Ce sujet est-il politiquement trop sensible, au vu des forces en présence ?

8.4 La construction du questionnaire

Dans un premier temps, nous avons recherché les différents éléments qualitatifs et quantitatifs en relation avec la communication inter-organisationnelle en santé (voir le chapitre : 8.2 : Identifier les thématiques, page 265). Force est de constater que si l'utilisation des TIC en santé est plutôt bien documentée pour ce qui est de ses usages ou, plus rarement, ses non-usages, cette utilisation concerne majoritairement les organisations de santé de type Hôpital. Concernant la communication entre professionnels de santé à proprement parler, celle-ci est majoritairement abordée dans des thèses en médecine générale, assez souvent sous l'angle quantitatif.

Nous avons développé notre questionnaire en deux temps :

- Un premier questionnaire a été élaboré à partir des études liées aux échanges entre la ville et l'hôpital ;
- Nous avons ajouté à ce questionnaire des thématiques abordées lors de nos échanges formels avec les différents syndicats, mais aussi informels avec différents professionnels de santé. Nous souhaitons valider certains thèmes, appréhender les réactions possibles des répondants et affiner nos questions.

Nous avons par exemple constaté que si de nombreux acteurs utilisaient les TIC dans leur activité professionnelle, la communication repose encore fortement sur les relations interpersonnelles. Le contenu des correspondances varie aussi en fonction de l'émetteur du document (voire des destinataires), allant du courrier simple, lacunaire et peu informatif au courrier relatant l'ensemble des éléments utiles au correspondant en lien avec la situation du patient, que ce soient ses antécédents, les hypothèses de diagnostic, les traitements en cours, mais aussi la situation sociale du patient. C'est ce que nous avons qualifié de réseaux informels. Au sein d'une même équipe (contexte fermé), la part des échanges verbaux reste importante. Comme souligné par l'un des syndicats non médicaux, même s'il existe un dossier informatisé (le dossier de soins dans ce contexte, souvent associé à des protocoles), il subsiste fréquemment un dossier « papier » dans lequel prennent place un ensemble d'annotations de forme et contenu divers qui souvent ne peuvent être renseignés dans l'application elle-même selon les utilisateurs.

Deux documents ont plus particulièrement retenu notre attention lors de la construction :

- Une thèse en médecine générale (Binart-Écalé, 2012⁵⁷¹) en raison de l'étendue des thèmes abordée, recoupant et regroupant différents sujets abordés dans les autres thèses ;
- La publication de Kitson *et al.*⁵⁷² sur la définition d'un cadre de communication des prescriptions de produits de santé selon les principes du « Circle of care ». L'intérêt de cette publication est de proposer une taxonomie des activités de communication liées aux prescriptions de produits de santé résumées dans le tableau ci-après (même publication, dans l'annexe 1). Une action métier est transversale à cet ensemble d'activités : l'identification fiable et précise du patient. Une synthèse est proposée ci-dessous :

⁵⁷¹ Binart-Écalé Hortense (2012) « Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral », thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Faculté de médecine de Bobigny

⁵⁷² Kitson Nicole A., Price Morgan, Lau Francis Y., Showler Grey (2013) "Developing a medication communication framework across continuums of care using the Circle of Care Modeling approach" *BMC Health Services Research*, Vol. 13, p. 418.

Tableau 9 : Activités de prescription et communication

| Activité principale | Tâches/actions associées |
|------------------------|--|
| Déterminer les besoins | Cet item comprend un ensemble de « discussions » relatives à l'identité du patient, la demande, le contexte social, les options médicales ou non médicales, le plan de soin et de traitement et les actions associées et ses explications, l'éducation thérapeutique du patient... |
| Prescrire | Identifier le patient et effectuer l'ensemble des actions métier liées aux prescriptions de biens et de produits de santé (aide à la décision, prescription, traitements, examens complémentaires, etc.) |
| Dispenser | Ensemble des actions associées à la préparation, la délivrance et la dispensation (si besoin) des produits de santé. |
| Administrer | Préparer et fournir l'ensemble des informations nécessaires à l'administration des produits de santé, expliquer le cas échéant les délégations (entourage). |
| Suivre et évaluer | Cet item concerne aussi bien l'évaluation dans le temps des traitements prescrits, mais aussi de l'ensemble des actions liées au parcours de soins ou de santé, dont les relations avec les autres partenaires et les transitions entre les prises en charge. |
| Coordination | Il s'agit de l'ensemble des actions liées à la coordination entre les différents acteurs. |

Source : Kitson et al. (2013)

Dans leur seconde annexe de l'étude, les auteurs proposent une matrice d'incidence des interactions entre différents rôles (50 répertoriés). Les communications mono ou bidirectionnelles sont formalisées par des codes couleur. La taxonomie des rôles présente l'ensemble des acteurs (de leur rôle) identifiés comme étant partie prenante dans les activités de communication liées aux produits de santé. Cette matrice d'incidence permet de compléter nos analyses telles que présentées ci-dessus. En complément, notre approche par les isomorphismes permet d'affiner le « paysage institutionnel » dans lequel s'inscrivent les différents acteurs identifiés.

À partir de ces deux études, complétées des références présentées précédemment, nous avons construit un questionnaire à destination des organisations de santé (du professionnel de santé isolé aux organisations de santé complexes comme les hôpitaux et assimilés) concernant les communications dans leur ensemble et des informations complémentaires.

8.5 Un Delphi aménagé : contributions

Nous nous sommes inspirés de la démarche Delphi pour la validation, par itérations multiples de notre questionnaire. Cette démarche initialement développée au début de la Guerre froide (1944, général Henri H. Arnold) avait comme objectifs de prévoir l'évolution et l'influence des technologies dans les guerres et la capacité des armées à les utiliser. Elle a été développée par le projet RAND (Research and development, créé in 1948) au cours des années 1950 par Olaf Helmer, Norman Dalkey et Nicholas Rescher. Sur le principe, différents experts s'expriment sur une thématique donnée selon un protocole prédéterminé, les avis sont retraités et confrontés jusqu'à ce qu'un consensus émerge. En dehors du contexte guerrier, les premières applications ont concerné le domaine des prévisions et des tendances à long terme dans différents domaines (technologies, percées scientifiques, automatisation, conquête spatiale, TIC, etc. ou l'évolution des populations). En raison des possibilités offertes, son utilisation a été étendue à de nombreux domaines, sous plusieurs variantes.

Sur le principe, la méthode Delphi se caractérise par quatre grandes caractéristiques :

- L'anonymat des participants, pendant et après l'enquête, de façon à permettre la libre expression des participants ;
- La structuration des flux d'information concerne, pour les premiers interviewés, les réponses au questionnaire et les remarques sur le questionnaire lui-même. Les interactions sont prises en charge par le responsable de la démarche, de façon à structurer les flux, filtrer les contenus non pertinents et éviter les phénomènes

inhérents aux réunions composées de groupes d'experts. À chaque itération, une nouvelle version est soumise aux participants jusqu'à épuisement des remarques. Cette approche diffère de la méthode de consensus comprenant un panel d'experts (focus group), le consensus s'obtenant par itérations successives.

- Le principe de rétroaction consiste à faire commenter, par les participants, leurs propres révisions (ou propositions), celles des autres experts, et de tenir informés tous les participants du progrès de l'ensemble du projet. Tous peuvent réviser leurs déclarations précédentes. L'objectif est d'éviter les phénomènes d'inhibition ou d'uniformisation des avis et commentaires inhérents aux réunions de groupe.
- Enfin, le rôle d'animation est dévolu à une personne connue comme étant un *facilitateur* et ayant la capacité à gérer des groupes d'experts. Il lui revient la gestion de l'ensemble du cycle des interactions (diffusion des questionnaires, collecte des réponses, gestion des participants...) et des synthèses.

La construction de notre questionnaire s'est effectuée en plusieurs étapes :

- Collecte des informations disponibles sur le sujet ;
- Point de vue abordé et thématique explicite ou implicite ;
- Sélection des critères et mise en forme.

Dans notre version aménagée de la démarche Delphi, nous avons principalement mis en œuvre les deux premiers points :

- Concernant le premier point, l'anonymat a été strictement garanti à l'ensemble des participants. Nous avons préparé une déclaration d'engagement écrite pour toutes les personnes le souhaitant ;
- Concernant le second point, en raison des difficultés à réunir un panel d'experts tous en un même lieu à un même moment pour rechercher un consensus sur différentes thématiques, nous avons approché ces experts individuellement en leur proposant :
 - Soit de répondre au questionnaire au cours d'une interview et de nous faire part de leurs remarques immédiatement ;
 - Soit en leur présentant le questionnaire au cours d'une réunion d'information (une ou plusieurs personnes) et en leur laissant le questionnaire (format papier) soit pour leur permettre de répondre, dans un second temps, et de nous faire part de leurs remarques.
- La structuration des flux d'information. Pour les personnes avec lesquelles nous avons eu un entretien guidé avec le questionnaire, il y a eu soit des réponses apportées aux questions, soit des remarques sur le questionnaire que nous avons prises en compte, soit les deux au cours du même entretien. Dans tous les cas, nous avons fourni à tous nos interlocuteurs directs (interview) ou indirects (contact par courriel et téléphone) un courriel et un numéro de téléphone pour nous contacter, nous faire part de leurs remarques ou pour toutes les demandes d'information complémentaire.
- Le principe de rétroaction régulière n'a pas été mis en œuvre, chaque expert ayant été interrogé séparément et anonymement ;
- Enfin, le rôle d'animation s'est limité à expliquer les raisons de cette enquête, ses objectifs et les motifs de la sollicitation de ces personnes en particulier.

Au préalable, une fois la première version du questionnaire définie, nous avons effectué une première validation « à blanc », avec un professionnel de santé pour vérifier à la fois l'intérêt des thèmes abordés, mais aussi l'exactitude des termes et expressions à caractère professionnel.

Outre la validation par différents experts comme illustrée ci-dessus, nous avons soumis cette première version à un groupe de professionnels de santé qui nous avait fait part de leur intérêt pour le sujet (forum). Il est à noter que ces interlocuteurs sont plutôt des utilisateurs « avancés », voire très avancés pour certains dans l'usage au quotidien des TIC.

À leur demande, nous avons réalisé deux autres supports, un formulaire PDF multi-champs et un questionnaire en ligne. Nous avons souhaité rencontrer certains d'entre eux pour un échange plus formel autour du questionnaire en général, de son organisation et des thèmes abordés et des questions. Aucun n'a souhaité participer.

Lors de la soumission pour participation (interview), outre les réponses aux questions, nous avons collecté différentes notes sur le ressenti apparent ou subjectif par rapport à ces questions, formulations, intérêt apparent, gêne, hésitation, etc.

Le tableau ci-après regroupe les différentes étapes de validation et de correction avant la soumission du questionnaire final.

Tableau 10 : Évaluation du questionnaire et contributions

| Contexte | Remarques générales |
|----------|--|
| CHU-1 | <p>Notre interlocuteur (chef de clinique) nous propose de venir en milieu de journée. Il nous réserve entre deux et trois heures. Nous lui envoyons à sa demande le questionnaire 15 jours avant l'entretien. Le jour de l'entretien (01 h 00), il se montre de prime abord plutôt intéressé par la problématique. Le sujet l'intéresse dans le cadre de sa filière (filiale gériatrique très bien organisée et structurée, avec différents protocoles mis en place, communication comprise dont les données attendues et à transmettre. Les médecins traitants de l'aire d'influence sont en relation de longue date avec le service concerné).</p> <p>Présentation de la problématique et les différents thèmes abordés. Les questions d'ordre techniques ne semblent pas gênantes et sont répondues rapidement. Certaines questions concernant l'expression d'une opinion ou d'un sentiment (avis, représentations sociales) laissent notre interlocuteur plus perplexe. Il propose quelques amendements, mais l'entretien est rapidement clos. Il propose de contacter un réseau de soins. Il conserve le questionnaire et ses réponses et ne souhaite pas s'engager plus en avant.</p> |
| MG-001 | <p>Médecin généraliste. Gestion informatisée du cabinet (groupe), gestion des données médicales des patients dans un dossier de synthèse papier. Notre interlocuteur se propose de nous recevoir lors de sa demi-journée de repos. L'entretien (02 h 30) est cordial, les échanges nombreux, notre interlocuteur très intéressé et appliqué. Nous remplissons le questionnaire (échange), certains points sont illustrés de cas pratiques (confidentiels). Pour rendre plus attrayant le questionnaire et faciliter les réponses, plusieurs propositions sont faites pour soit changer certains intitulés soit remanier certaines questions : mettre les questions qui appellent à réflexion (représentations sociales en particulier) dès le début du questionnaire. Regrouper les questions de type cases à cocher en seconde et troisième partie. L'approche (les cases à cocher) correspond à la majorité des cas rencontrés dans la pratique et semble être applicable à la majorité des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux. Certains points doivent être simplifiés, car le niveau de détail est trop fin pour une analyse exploratoire. Souhaite obtenir les résultats.</p> <p>Nous intégrons l'ensemble des propositions dans la version suivante du questionnaire.</p> |
| PR-001 | <p>Professeur en médecine, responsable d'un DU orienté informatique médicale, ancien responsable des systèmes d'information d'un grand groupe hospitalier. Au cours de notre entretien (01 h 30), il propose de modifier l'ordonnancement de certaines questions (logique progressive) et de simplifier certains items. Il ne souhaite pas répondre, mais il est intéressé par les résultats.</p> |
| GR-001 | <p>Groupe de médecins généralistes (10), réunion de laboratoire (2). Exercice semi-rural en zone d'accès relativement difficile. Présentation du contexte et des objectifs de la recherche et du questionnaire. Intérêt manifeste. Pas de remarques particulières sur le volume des questions, leur ordre convient, car progressif (généralités, approfondissement, pratique quotidienne et souhaits d'évolution). Une certaine inquiétude se fait jour quant à l'anonymat, l'origine de la recherche et la destination des résultats. Le souhait d'indépendance de la démarche semble rassurer. Les délégués de laboratoire sont intéressés et se proposent éventuellement d'assurer le relais ou la mise en relation.</p> <p>Aucun participant n'a donné suite.</p> |
| CT-001 | <p>Nous avons contacté cinq praticiens (médecins généralistes, de différentes régions géographiques) avec la recommandation d'un confrère nommément cité. Ces praticiens sont habitués à répondre aux enquêtes et participent pour certains à des protocoles de recherche. Une seule réponse a été obtenue. Elle concernait les modalités de rémunération de la participation à l'enquête.</p> |
| LinkedIn | <p>Appel à la participation de différents contacts sur le réseau LinkedIn et Viadeo. Différents contacts ont été pris,</p> |

| Contexte | Remarques générales |
|----------|---|
| | essentiellement à titre informatif (deux projets de recherche en relation avec le projet TSN) et sans suite. Les professionnels de santé sollicités, intervenant dans différents forums, n'ont pas souhaité participer. |
| BL-001 | Quatre blogs tenus par des professionnels de santé ont été sollicités. Si l'accueil a été relativement favorable, aucun a souhaité participer ni se faire le relais de la diffusion du questionnaire. La question de la rémunération des répondants a été évoquée par deux de nos correspondants. |
| PS-001 | Une infirmière (psychiatrie) a accepté de participer à l'enquête en mode auto administrée (réponses partielles), mais elle n'a pas souhaité formuler de recommandations sur les thématiques et les questions. |
| GA-001 | Un médecin spécialiste a accepté de nous recevoir pour évoquer à la fois le questionnaire de l'enquête, mais aussi les thématiques abordées avec les différents syndicats médicaux. Parmi les thèmes d'entretiens, nous avons abordé la qualité des courriers reçus et leur très forte hétérogénéité, dépendant principalement des correspondants. D'autre part, il a considéré que l'ensemble des thèmes abordés et des questions posées était particulièrement pertinent et en phase avec les préoccupations et les pratiques quotidiennes (validation implicite.) Il a accepté de participer à l'enquête en mode auto-administré (réponses partielles), mais il n'a pas souhaité formuler de recommandations sur les thématiques et les questions. |
| MS-001 | Notre dernier interlocuteur direct est médecin généraliste et responsable d'une maison de santé pluridisciplinaire (cabinet médical). Il intervient aussi dans un réseau d'oncologie. Nous lui avons proposé deux versions du questionnaire, la dernière version validée et une version simplifiée. La mise à jour complète de la version électronique (enquête en ligne) ne pouvant s'effectuer dans les délais impartis (fin octobre 2015), la participation a été reportée. |

Sur cette période, nous avons récupéré cinq questionnaires, deux dans la version initiale, les seuls à être presque complets. Les trois autres questionnaires sont incomplets ou partiels, certaines réponses sont néanmoins pertinentes et intéressantes. Nous avons au total six questionnaires de qualité très variable ne permettant pas une exploitation pertinente des données. Cependant, nous reprendrons certaines remarques ou certains commentaires dans la partie discussion.

8.6 Un questionnaire en quatre parties

Le questionnaire support de notre enquête est proposé dans les Annexes. Il se compose de quatre parties, mêlant une approche quantitative et une approche qualitative. Notre schéma « : Notre contexte d'étude des communications en santé », page 187 a pour objectif de présenter différentes informations (volume, fréquence des échanges, médias préférés, informations échangées...) issues des questionnaires de type quantitatifs, les textes devant être soumis à une analyse textuelle destinée à compléter les différentes représentations. En lien avec nos échanges avec différents professionnels de santé, le questionnaire se veut progressif.

Nous avons initialement prévu de remplir ces différentes parties lors de deux ou trois entretiens progressifs, en face à face, permettant de recueillir les informations tout en présentant les différents items. La création et la validation du questionnaire dans sa version définitive se sont étalées sur environ trois mois, en dehors du temps de recherche préliminaire. Comme indiqué dans l'introduction de l'enquête, celle-ci est strictement anonyme, et ses résultats réservés exclusivement à notre travail de thèse ou des publications académiques qui pourraient en découler.

8.6.1 L'introduction

Cette partie a pour objectif de situer le cadre de notre étude et d'en préciser le contexte et les objectifs. Elle apporte plusieurs précisions concernant le thème de l'enquête et quelques notions, la démarche retenue et elle présente l'articulation entre les différentes parties du questionnaire.

8.6.2 *La première partie*

La première partie a pour objectif de recueillir les principales informations liées à l'ensemble des 3 parties du questionnaire. Le corps du questionnaire est lui-même divisé en 12 parties présentées ci-après.

Mots et concepts

Si, dans les discours au quotidien, les différents termes utilisés semblent d'un usage courant et être compris de tous, la réalité semble différente. Chaque mot peut prendre différentes acceptions ou définitions en fonction de l'environnement et des interlocuteurs. Nous nous sommes ici inspirés de la notion de représentations sociales et de noyau central (Abric, Op. cit.) comme introduit précédemment. Ne disposant pas de liste préétablie de mots, nous avons utilisé la première démarche, l'association libre à partir d'un mot inducteur permettant le repérage du contenu de la représentation. Nous avons appelé ce premier sous-ensemble « jeux de mots ». Il se complète de deux autres parties destinées à recueillir les verbatim de nos interlocuteurs autour des avantages et des inconvénients des médias utilisés lors des échanges.

Le patient et ses exigences

L'implication du patient, la place des usagers du système de santé, mais aussi l'utilisation de plus en plus importante des réseaux sociaux ou des forums, transforment peu à peu le point de vue du patient ou de son entourage vis-à-vis de la santé en général, mais aussi ses attentes et les pratiques. Nous abordons dans cette question, le ressenti sur l'évolution du positionnement des patients, mais aussi comment les professionnels de santé appréhendent le partage de ses informations ?

Le réseau informel

Dans ces questions, nous abordons la construction et l'évolution du réseau informel.

Les TIC

Il s'agit ici de recueillir le ressenti concernant les TIC.

Vos habitudes et vos attentes

Toute communication s'inscrit dans un contexte de production et génère des attentes, que nous abordons dans ce groupe de questions. Elles concernent aussi les médias utilisés et le ressenti par rapport aux échanges.

L'informatique

Ces questions concernent l'utilisation des outils informatiques pour la rédaction des courriers, leur envoi et leur réception.

L'avenir

En relation avec les thèmes abordés avec les syndicats médicaux, ces questions ont pour objet l'évolution du rôle des professionnels de santé et celle de leur exercice.

Autres questions

Les dernières questions sont destinées à recueillir :

- Les verbatim sur d'autres sujets ;
- Les données socio-démographiques pour affiner les analyses.

8.6.3 La seconde partie

Dans cette seconde partie, nous approfondissons les sujets autour de différentes thématiques qui concernent le fonctionnement actuel (courrier, communication, données partagées dont l'agenda et les avantages ou les inconvénients de ces partages), les outils actuellement utilisés, dont les systèmes de messagerie, sécurisés ou non ;

8.6.4 La troisième partie

Dans la troisième partie, nous approfondissons la partie opérationnelle *in vivo* de la communication selon différents axes. Ils concernent, dans la majorité des cas, les relations entre notre interlocuteur et ses correspondants au regard de :

- La fréquence des échanges et les moyens de communication utilisés (de façon globale ou détaillée) ;
- La nature des informations échangées (caractérisation des communications par grands groupes de destinataires). Dans les études précédentes, nous avons constaté que la qualité des items remplis dépendait du destinataire du courrier (au sens générique). Sur le principe, il n'y a pas « un courrier type universel », mais une « trame universelle » à partir desquels chacun remplit les éléments qui lui semblent importants au regard de la situation, du cas du patient et du correspondant. Ainsi, en faisant le parallèle avec l'activité container d'actions, la trame universelle constitue un ensemble de cas possibles, l'utilisateur « piochant » les items en fonction du contexte du patient, de ses attentes, mais aussi de la connaissance de ses interlocuteurs. Le fait qu'un patient effectue « un parcours régulier et itératif » par exemple entraînera un courrier différent du cas fortuit, d'un épisode intercurrent pour lequel le correspondant n'a pas forcément connaissance de la situation du patient. La liste des informations mentionnées est issue des recommandations et de l'analyse des différentes publications associées. Nous avons intégré dans ce contexte les traitements courants et de fond, les résultats d'examen récents et les éléments à caractère social de façon à couvrir l'ensemble des cas possibles, en fonction des patients pris en charge par le praticien, de l'âge du patient et de sa situation au moment de la rédaction de la correspondance ;
- Le ressenti par rapport aux correspondances reçues, en fonction de différents critères qualitatifs ;
- La dernière question concerne plus particulièrement le partage d'information avec d'autres professionnels de santé. Ce partage concerne l'approche clinique, la démarche thérapeutique, les références et protocoles des pratiques (bonnes pratiques, bases de connaissance, articles, etc.) et, en relation avec les préoccupations politiques du moment, le projet personnalisé de soins, par définition, pluriprofessionnel.

Les réponses pouvaient se faire de façon détaillée ou le répondant pouvait apporter une réponse globale sous la forme de verbatim/textes.

8.7 Proposé sur différents supports

Nous avons initialement prévu des interviews en mode face-à-face, à la demande de plusieurs professionnels de santé ayant participé à la validation du dit questionnaire. Il s'agissait si besoin d'approfondir certains sujets ou d'apporter les explications nécessaires. Cependant, lors de la soumission à la première validation « informelle » de notre questionnaire, nos interlocuteurs ont souhaité disposer de plusieurs supports, pour

permettre à chacun de répondre en « mode auto-administré » en relation avec leurs habitudes et leur organisation de travail. D'autre part, compte tenu de la difficulté matérielle à obtenir des rendez-vous, nous avons privilégié, sur la base du questionnaire validé préalablement (méthode de type Delphi), une approche indirecte. Le questionnaire est donc disponible selon plusieurs supports et formats :

- Un document de type PDF simple, destiné à être imprimé, rempli et retourné par la poste ou remis à la fin de l'entretien ;
- Un document découpé en 3 parties, sous la forme de formulaires de type PDF interactif, à télécharger, à la demande de l'un de nos correspondants. Après le remplissage des champs dans les différents documents, le formulaire pouvait nous être renvoyé par mail. Le questionnaire a été découpé en trois documents distincts (contraintes techniques) et fait l'objet d'une construction particulière à l'aide de la suite bureautique LibreOffice (la suite Office de Microsoft ne permet pas cette réalisation de façon « simple »). Malgré la demande, nous n'avons obtenu qu'un seul formulaire de ce type, partiellement rempli ;
- Un questionnaire en ligne, auto administrée permettant des sauvegardes multiples, sur un site Internet créé spécifiquement à cet effet. Il repose sur l'utilisation de l'outil LimeSurvey.

Nous avons ouvert un nom de domaine chez un hébergeur (OVH, <http://michelveret.org/lemna>) disposant d'un espace suffisant et permettant un trafic suffisamment important en relation avec le nombre de répondants possibles. La page Internet spécifique est destinée à présenter l'enquête, permettre le téléchargement des documents, le cas échéant, s'inscrire pour répondre en ligne et compiler les réponses obtenues.

8.8 La réalisation de l'enquête post-validation

En raison de la difficulté à obtenir des réponses en nombre suffisant par « l'activation de réseaux relationnels multiples », nous avons décidé de solliciter directement par courrier les professionnels de santé dans le bassin de santé de notre praticien de référence. Les destinataires ont été sélectionnés sur la base de ses connaissances (saisie des coordonnées postales, spécialités et qualités à partir d'un annuaire papier). Après avoir personnalisé chaque lettre de façon à éviter l'effet négatif du mailing (message personnel en fin de lettre, signature manuelle), nous avons envoyé en notre nom propre 190 courriers le 2 janvier 2015.

Il est à noter que si tous les professionnels de santé titulaires d'une carte de professionnels de santé sont inscrits dans le RPPS, la mise à disposition de ces informations et leur qualité sont très variables. L'ASIP n'en propose qu'une version restreinte (n° RPPS, nom et spécialité), les autres informations étant fournies ou non par les différentes ARS. En fonction des régions, soit ces informations sont totalement indisponibles, soit elles sont incomplètes par rapport à notre besoin (données identiques à celles disponibles sur le site de l'ASIP), soit la région fournit l'intégralité de l'annuaire (dont les adresses complètes). Nous n'avons trouvé qu'une seule région correspondant à ce dernier cas.

8.8.1 *Caractéristiques de l'échantillon*

L'échantillon comprend :

- 90 médecins généralistes ;
- 5 médecins à orientation particulière (ce sont des médecins ayant acquis des compétences supplémentaires à leur formation initiale, mais qui conservent leur

formation initiale comme base de référence. Il y a environ 52 modes d'exercice particulier, les définitions variant en fonction des institutions). Nous les avons néanmoins séparés des généralistes ou des spécialistes en raison des spécificités de leur approche dans certains cas (acupuncture, ostéopathie, homéopathie...);

- 77 spécialités médicales (Allergologue, Angiologue, Cardiologue, Dermatologue, Diabétologue, Gastro-entérologue, Gériatrie, Gynécologie-Obstétrique, Médecins à orientation particulière, Neurologue, ORL, Pédiatre, Pneumologue, Psychiatre, Rhumatologue, Stomatologue, Urologue). En dehors des gynécologues-obstétriciens (11) et les cardiologues (12), trois à cinq correspondants ont été sélectionnés par spécialité ;
- 5 Radiologues (laboratoire d'imagerie, courrier nominatif) ;
- 13 chirurgiens (orthopédie : 6, chirurgie viscérale : 6, neurochirurgie : 1).

22 communes se répartissent sur le bassin concerné, la ville principale regroupant 125 praticiens sur les 190.

8.8.2 Réponses à l'enquête

À l'issue du premier courrier, nous n'avons reçu qu'une seule réponse, partielle. Nous avons effectué une relance, un mois plus tard, cette fois-ci au nom de notre praticien de référence, médecin généraliste exerçant dans le bassin de santé concerné sur la même liste d'adresse.

Nous avons alors obtenu 2 réponses partielles. Notre praticien a reçu un appel téléphonique « soutenu », la sollicitation étant un prétexte pour réactiver un litige ancien ayant opposé ces deux professionnels de santé au tribunal, à la sollicitation de la patiente (médecin généraliste et spécialiste).

8.9 En guide de première conclusion

L'enquête par courrier est un échec. Au moins quatre facteurs peuvent l'expliquer :

- Le premier envoi a été effectué en notre nom propre. N'étant pas un professionnel de santé, les courriers n'ont vraisemblablement pas été lus ou ils ont été écartés rapidement, l'expression sur ses pratiques reste un secret plus ou moins jalousement gardé. Le trafic du site Internet a montré un pic dans la semaine suivant l'envoi puis est retombé très rapidement. Il est remonté à la relance pour s'éteindre ensuite. Le site est toujours disponible, il reste régulièrement visité, même faiblement, le questionnaire est toujours téléchargé... ;
- La taille du questionnaire et la nature des questions posées peuvent sembler rebutantes au premier abord. Elles interpellent aussi les pratiques de chaque praticien ;
- Les professionnels de santé reçoivent des demandes non sollicitées multiples concernant de nombreux sujets. L'enquête est un courrier de plus, noyé dans la masse ;
- Enfin, et c'est certainement un élément important, le courrier est arrivé en pleine controverse autour de la Loi de santé et du tiers payant en particulier.

9. Apports

9.1 Introduction

Santé, système de santé et professionnels associés, parcours de soins, de santé, de vie, système d'information, informatisation, usages, innovation et acceptabilité, processus et activité... un bien long chemin pour arriver ici à la discussion. Si ces détours ont pu sembler long, parfois rébarbatifs, c'est qu'à l'instar de mon parcours de vie, notre parcours de thèse et de recherche s'est construit de façon progressive, à la façon de pas japonais, émaillé d'événements facilitateurs ou perturbateurs, mais toujours riches d'enseignements.

Nous avons souhaité, en abordant certains aspects de la communication organisationnelle vue des parcours, revenir sur différentes notions ou définitions sans prétendre d'une part à l'exhaustivité, d'autre part, à détenir la vérité. Cette dernière est « multiple », chacun pouvant avoir tort ou raison en fonction du point de vue et de l'environnement dans lequel il l'exprime. La santé reste un concept complexe, permettant ou offrant différentes voies d'abord. Si elle est à la fois innée et acquise, l'organisation ou plutôt l'institution, peut-être devrions-nous dire les institutions, en charge de sa promotion, de son maintien, voire de sa sauvegarde s'inscrit dans un système particulièrement complexe : le système de santé, composé d'institutions multiples dont les secteurs d'activité, sanitaire, social, médico-social, ne sont que l'une des facettes. C'est dans ce système que prennent place les points de rencontre entre les patients (ou les usagers) et les professionnels de santé. Ce dernier vocable, simple, correspond à un grand nombre de professions, de métiers, de spécialisations, de statuts, de formes et de lieux d'intervention ou d'exercice.

Dans notre société, si le volontarisme lié à l'approche positive des TICN semble être le paradigme dominant, les usages ou les innovations y étant décrits de façon positive et étant considérés comme porteurs d'efficacité, les non-usages vus comme des problèmes à résoudre par différents moyens, incitatifs ou coercitifs, la réalité semblent tout autre.

9.2 Informations, informatisation et communication

À l'heure des échanges électroniques, personnels ou professionnels, qui prennent place dans toutes les facettes de notre quotidien, ceux-ci revêtent dans la majorité des cas un caractère « informel », non structuré, au moins pour ce qui concerne les contenus, au sens informatique du terme. Il convient ici de distinguer « l'information formelle », un code associé à une nomenclature ou un référentiel, permettant, par l'entremise de traitements particuliers, un classement, une représentation, etc., de « l'information informelle ». Si, dans le premier cas, les métadonnées associées par exemple permettent un classement automatisé en fonction de règles, dans le second cas, le « document » reçu est « neutre », « non structuré » d'un point de vue informatique. Ce peut être une image fixe ou animée, un document (PDF, tiff...). Le sens de cet artefact apparaît avec l'interprétation que peut s'en faire un humain, disposant de la connaissance et du savoir-faire nécessaires. Par exemple, un résultat d'imagerie comprend généralement deux parties, le compte-rendu d'interprétation et le ou les clichés. Si le premier peut être traité de façon plus ou moins automatisée, le second document nécessite l'expertise de son émetteur ou de son destinataire. Même si les technologies de traitement de l'image ont fait de très gros progrès, l'œil, le savoir-faire et l'expertise des humains restent encore aujourd'hui indispensables. Se posent alors les questions relatives aux images à transmettre ou à stocker, leur format, leurs annotations, etc. Par exemple, lors de la mise en place d'un système partagé d'archive numérique des images

(PACS), les réactions des praticiens varient en fonction de leurs habitudes et expériences. Certains souhaitent stocker l'ensemble des images liées à un examen (scanner, IRM, etc.), d'autres considèrent que seules les images significatives doivent être conservées. Observé selon les pratiques, les premiers considèrent qu'un autre praticien doit pouvoir se faire son propre avis à partir de ce qui a été enregistré, qu'une image non significative aujourd'hui le sera demain pour un autre problème, les seconds, que cela pose des problèmes liés à l'éthique et que ces images « non significatives » ne seront pas utiles dans le futur, car ne correspondant pas au problème courant. Indépendamment de ces deux cas, se pose alors le problème de la capacité de stockage des fermes de serveurs mis en œuvre et des accès.

Si la communication entre les professionnels de santé se fait encore le plus souvent au « format papier », différents facteurs peuvent aider à la compréhension de ce phénomène.

Nous avons utilisé dans un premier temps la métaphore de l'iceberg pour approcher différentes facettes de ce phénomène singulier.

Les principales théories et études que l'on retrouve à sa surface considèrent généralement les TIC, les outils, et non pas le système d'information, sous l'angle positif de leur place dans l'environnement quotidien, en entreprise ou plus rarement, au plan personnel. Il est vrai aussi que la France a été souvent précurseur dans un certain nombre de domaines, citons ici pour l'exemple, le Minitel ou la carte bancaire. Si le premier a été supplanté depuis longtemps à l'échelle des technologies, des possibilités et des usages, la seconde est encore loin d'avoir détrôné définitivement le chèque, malgré toutes les « incitations à l'abandonner ». Mais c'est aussi une question de génération...

Si, dans les entreprises privées, les TIC tendent à occuper une place prépondérante, notamment dans le secteur marchand, dans les entreprises publiques ou le secteur non marchand, la réalité est plus contrastée, plus complexe. S'agissant du système de santé, dans la continuité des réformes entreprises depuis le début des années 1960, l'accent a été mis sur le monde hospitalier, le monde libéral, constitué le plus souvent d'entreprises « individuelles » du secteur non commercial (non marchand) et soucieux de son indépendance institutionnelle historique (entendre de l'État ou de toute forme de tutelle) montre ou plutôt laisse entrevoir une réalité bien plus contrastée. Les systèmes actuels ont généralement été pensés comme centré sur l'organisation dans laquelle ils prennent place, les mises en relation techniques se faisant au coup par coup, en fonction des besoins ou utilisant des formes de communications singulières nécessitant l'utilisation d'outils complémentaires, plus ou moins intégrés. Notons que dans la majorité des cas, les dossiers sont le support des résultats d'une cognition liés à un cas à traiter, permettant l'enregistrement de données sous forme codifiée ou textualisée, permettant de « conserver une mémoire » des situations passées. C'est la fonction initiale des premiers dossiers médicaux créés. Ils servaient aussi de support de connaissance médicale pour l'enseignement, ultérieurement pour l'épidémiologie par exemple. Ce n'est que plus tard qu'il y a eu « connexion » entre les événements médicaux et les actions réalisées et leur évaluation à des fins économiques. Le dossier électronique partagé prend alors différentes formes, notamment lorsqu'il intéresse plusieurs organisations hétérogènes.

À la différence du modèle français, la Suisse par exemple a une approche cantonale (dossier médical, dossier pharmaceutique...). Elle s'inscrit dans la loi fédérale votée le 19 juin 2015 qui entrera en vigueur en 2017 avec une mise en œuvre progressive (cinq ans pour les hôpitaux, trois pour les EMS, facultatifs pour le secteur ambulatoire). Ainsi, dans le canton de Genève, si environ 10 000 patients disposent d'un dossier médical électronique, ce dossier est géré en propre par les patients. « *Mieux vaut convaincre que contraindre : nous comptons sur le patient pour persuader le médecin d'entrer dans le système* », résume Mauro Poggia, Conseiller d'État responsable de la Santé. Deux principes ont alors guidé les travaux : la

liberté du patient et la sécurité des données. Seul le patient peut créer son dossier ou autoriser son professionnel de santé à le faire. Le dossier ne contient que les données « pertinentes et utiles aux traitements » et il ne repose sur « aucune base de données ». Les informations sont fournies en se connectant sur leur lieu de stockage respectif. On retrouve plus ou moins ici le second modèle d'implémentation évoqué à la page : 44.

9.3 Une approche sur plusieurs niveaux

La zone médiane de notre iceberg permet d'envisager d'autres approches, permettant une meilleure compréhension de ces phénomènes.

La santé et le système de santé se composent d'un grand nombre d'institutions. La TNI nous a semblé une bonne approche pour mieux comprendre les enjeux, mais aussi organiser notre réflexion à propos de la communication en santé.

Les soins, les parcours du patient et la communication qui s'y forme et y prend place s'inscrivent dans différentes dimensions qui peuvent s'aborder de façons multiples, le plus souvent complémentaires.

Dans un premier temps, nous avons considéré le cycle d'une prise en charge, les soins, *a fortiori*, la santé, qui comprend lui-même des cycles multiples et imbriqués, conjoints ou disjoints, tant sur le plan temporel ou spatial que sur celui du ou des « problèmes » traités ou « à traiter ». Ces cycles se traduisent par des parcours multiples, dans le système de santé, parcours biographiques générateurs d'une imposante documentation liés à la santé de la personne concernée, ses incidences sociales, économiques, financières... C'est au sein de ses parcours que se forment et évoluent des conversations, des textes et des communications multiples.

L'approche processuelle permet la description de différentes situations, « facilitant la rationalisation » du fonctionnement des organisations, le plus souvent avec un double objectif, la recherche de l'efficacité économique (et financière), mais aussi l'informatisation du système d'information « naturel », l'outil informatique étant à la fois le support de la collecte des informations (les dossiers), mais aussi celui de traitements et de restitutions multiples et de leurs transmissions (ou mise à disposition).

Mais parler de processus revient, toutes proportions gardées à parler de système. Le processus est un concept polysémique. Nous avons recensé pas moins d'une trentaine de définitions. Elles sont toutes vraies dans leur contexte d'usage, elles sont parfois toutes fausses dans certaines extensions « abusives » à des domaines pour lesquels elles n'ont pas été conçues. La différence entre processus et activité est relativement faible, généralement, il s'agit d'une différence de granularité dans l'analyse du système observé. Nous omettons ici volontairement les préfixes macro, méta, micro qui n'apportent rien à ces définitions, en dehors d'une confusion complémentaire. Néanmoins, à l'instar de certaines démarches utilisées dans l'ingénierie des connaissances (les ontoterminologies), il s'agit de mettre en relation deux systèmes sémiotiques, un système linguistique et un système conceptuel, composant de toutes terminologies. Ainsi, décrire un processus ne sous-entend pas uniquement faire des représentations, mais comprend aussi une partie descriptive, textuelle, indispensable à son explicitation, son élucidation.

Chaque activité est porteuse et génère ses propres structures informationnelles, nous les appellerons des « dossiers », de collecte, de stockage..., des contenants et des contenus multiples, ayant différentes finalités, toujours en relation avec l'activité qui les alimente et les utilise. Ils constituent le plus souvent un composant de l'infrastructure de cette activité, ce composant étant partagé ou non, partageable ou non.

Si nous considérons qu'un projet de système d'information se compose de quatre projets principaux, un projet de changement qui s'initialise dès l'intention, un projet d'organisation se composant d'objectifs et d'une (de cibles) à atteindre, un projet d'informatisation (transformer le système d'information naturel en système d'information artificiel, rénover, mettre au jour, rendre accessible les connaissances enfouies dans des systèmes anciens...) et un projet technique et technologique, ces quatre grands projets se déroulent simultanément et font intervenir un grand nombre d'acteurs. Leur coordination est essentielle, la communication, l'acculturation aussi.

La démarche par les processus permet, par itérations successives, de fournir une représentation (une photographie) d'une situation existante permettant d'appréhender le chemin à parcourir (les 4 projets) pour se rapprocher le plus possible de la cible théorique à atteindre.

Cette approche n'est pas suffisante. Faire appel à des supports théoriques comme la théorie de l'activité permet d'appréhender plus finement nos « îlots de stabilité » pour en percevoir d'autres facettes, que les isomorphismes de la TNI permettent de structurer et de mieux documenter, ou pour le moins mettre au jour les contradictions latentes.

Enfin, toute modification d'une organisation bouleverse plus ou moins le système courant, souvent bien établi. L'approche par les rôles et les glissements de fonction, de façon verticale et horizontale, permet d'offrir un point de vue complémentaire.

9.4 Des projets sociétaux

C'est dans ce paysage complexe que nous avons souhaité aborder la communication organisationnelle dans le système de santé, par les parcours du patient, vu des professionnels de santé. Projet ambitieux s'il en est, il ne s'agit pas d'affirmer, d'infirmier ou de démontrer l'utilité d'un dossier national ou régional, mais d'appréhender au plus près des acteurs la réalité de ces communications « polyphoniques » qui utilisent de multiples vecteurs de transmission et de multiples « supports de messages », ce qui tend à rendre difficile voire impossible l'action.

Si nous indiquons que le dossier national est un projet générationnel, il semble aussi nécessaire de tenir compte d'au moins trois paramètres dans les changements induits par sa mise en œuvre :

- Pour le monde libéral, plusieurs facteurs compliquent cette diffusion :
 - L'âge moyen des professionnels de santé (médecins) est supérieur à 50 ans, le changement des pratiques, même avec des incitations financières, n'est ni prédictible ni certain ;
 - Les pratiques et habitudes sont, à tort ou à raison, hétérogènes. Il en est de même pour les outils, leurs caractéristiques et leurs fonctionnalités, même si la reconfiguration des offres (fusions, rachats) semble active, cette hétérogénéité des solutions perdurera pendant un temps certain ;
 - Les relations formelles et informelles entre les différents acteurs, souvent anciennes, reposent fréquemment sur la connaissance de leurs habitudes, de leurs attentes, et s'inscrivent dans un réseau informel, dynamique, mais à la construction « lente », se recomposant en fonction des besoins à la manière d'un projet. Le patient joue aussi un rôle non négligeable à la fois dans le respect du parcours proposé, mais aussi dans ses avis sur les différents correspondants.

- Le système de formation initiale des professionnels de santé reste majoritairement orienté vers les techniques médicales (formation et expertise scientifique), dont la complexité, la technicité et la spécialisation vont croissant, les professionnels de santé pouvant être considérés comme une institution (à multiples facettes) dévouée à ses métiers et ses patients. Elle a été peu préparée, au cours de sa formation, aux autres facettes du système de santé ou aux outils techniques, technologiques, économiques ou managériaux, pour ne citer qu'eux, qui font partie de l'environnement d'exercice, en dehors de ceux nécessaires à leur activité médicale (outils technologiques « hyperspécialisés » ou spécifiques).
- Le soin et la santé sont des thématiques ou des problématiques où chacun, en fonction de son rôle, de sa place ou de son mode d'intervention, intervient avec ses compétences et ses connaissances, à des moments différents et multiples, le parcourt constituant un continuum d'états (pour le patient) et de prise en charge dans lequel la communication, tant en quantité qu'en qualité, occupe une place primordiale. Le média (le vecteur) utilisé occupe une part non négligeable dans ces deux aspects tout comme l'aspect relationnel, entre professionnels, mais aussi entre les professionnels, le patient et son entourage.

A priori et en étant provocateur, le dossier national est à la fois un réceptacle possible non pas de tous les objets intermédiaires résultants de ces activités multiples (leurs artefacts propres de médiation échangés entre les sujets à propos de l'objet dont ils ont la charge dans une activité), mais plutôt des objets-frontière, de ces objets partagés (shared-objects) entre activités multiples. La « durée de vie » de ces différents objets est par ailleurs fortement dépendante de leur destination et de leur usage, entre soin, facturation, archivage, épidémiologie, santé publique, droit...

À l'image de notre système de santé, vu de l'Italie, la sectorisation actuelle, les multiples intervenants et les multiples systèmes, pour ne citer qu'eux, sont vraisemblablement la cause et le résultat de la complexité du système de santé, du positionnement et des besoins de ses différents acteurs, mais aussi des outils techniques et technologiques qui s'y insèrent.

Enfin, il convient aussi de garder en mémoire que si les décisions politiques s'appliquent à un territoire donné, national, régional, départemental, local... à cette échelle, les interrelations s'inscrivent dans l'histoire d'un bassin de vie qui fait plus ou moins fi de ce découpage « territorial virtuel » et des frontières qu'il impose. Cela ne signifie pas pour autant que les convergences et les consensus sont impossibles et que toute proposition de solution ou d'innovation est irrémédiablement vouée à l'échec. La communication organisationnelle et l'acculturation, la littératie dans un autre contexte, concernent aussi les institutions qui portent ces projets.

Une grande partie de ces réflexions émanent, en synthèse, des échanges avec les interlocuteurs que nous avons le plaisir et l'honneur de rencontrer. Qu'ils en soient une nouvelle fois très sincèrement remerciés.

9.5 Modèles et supports théoriques

Les différentes approches auxquelles nous avons fait référence peuvent sembler disjointes de prime abord. Nous considérons qu'elles sont complémentaires les unes des autres et qu'elles nécessitent, surtout dans des projets très complexes, une approche pluridisciplinaire, voire interdisciplinaire, dans laquelle la coopération, la coordination et la communication occupent une place particulièrement importante. Nous sommes conscients que mettre en place une telle mécanique à l'échelle nationale pour un projet à caractère sociétal dépasse vraisemblablement les ressources disponibles et mobilisables.

Il ne s'agit pas ici de les mobiliser toutes, simultanément, mais de prendre conscience, au travers des différentes approches possibles, des contraintes, des enjeux et des grandes étapes à franchir. S'il n'est pas possible de tout prévoir, un certain nombre d'écueils peuvent être évités. D'autre part, à l'heure de « la société de l'information », les informations, mais aussi les connaissances circulent de plus en plus rapidement, bien que « leur qualité » ne soit pas forcément toujours au rendez-vous. Dès lors, l'environnement se fait plus mouvant, plus versatile.

Le « détournement » de certains supports théoriques de leur domaine de prédilection ou « de leur granularité d'utilisation », comme la TNI, fournit un cadre d'explication complémentaire aux approches « de plus bas niveau ». Ce ne sont pas les seuls supports possibles. Cependant, le constat de Saint-Léger et Beeler (2013⁵⁷³) à propos des ERP peut être étendu aux projets nationaux de santé : « *La vision déterministe centrée sur la solution technique a ainsi perdu du terrain pour laisser place à une approche plus axée sur les acteurs* », et de faire appel à la notion de « *culture négociée* » de Strauss en identifiant trois grandes étapes :

- Collecter les dysfonctionnements et identifier leurs causes apparentes ;
- Identifier les causes profondes ;
- Approfondir la nature des raisons cachées.

Puis de décliner les trois grandes conditions de la culture négociée :

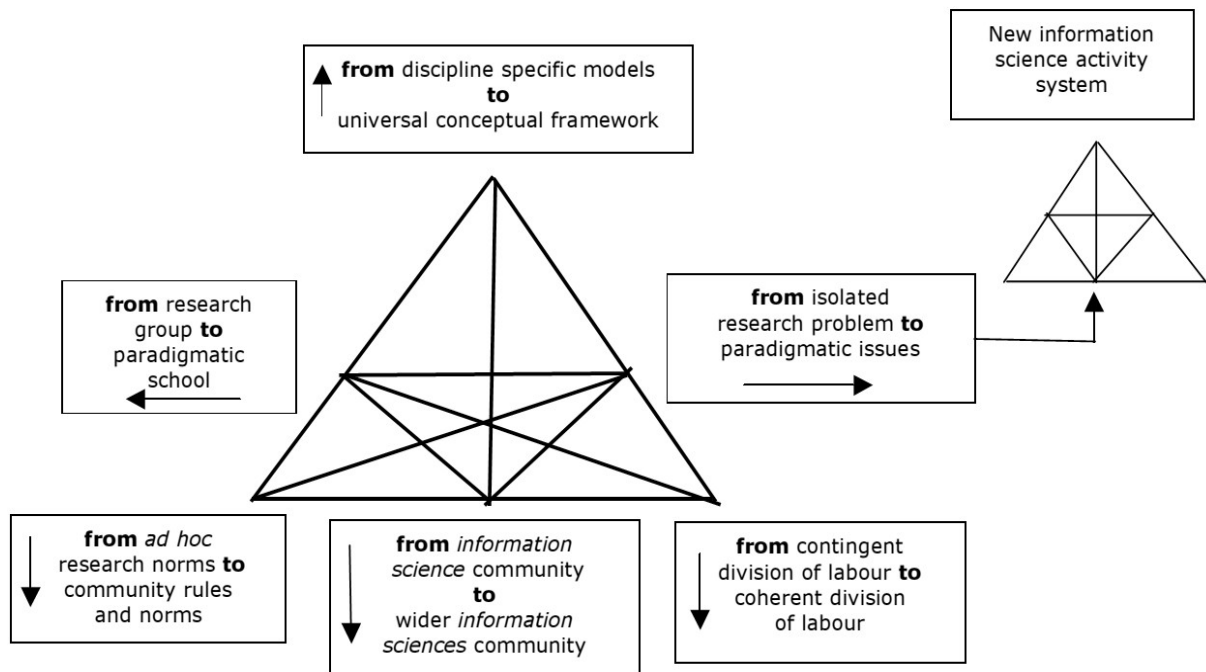
- Partager un but commun ;
- Qui doit être atteignable par les parties concernées ;
- Dans un climat de confiance.

La mise en œuvre de ces différentes démarches *in vivo* peut sembler initialement plus coûteuse en temps et en ressources, mais au regard du coût des échecs, voire de l'« inutilisation » des possibilités offertes par les solutions installées, il est nécessaire de raisonner à moyen ou long terme pour espérer en tirer des bénéfices (ou, à défaut, limiter les pertes) qui ne sont pas tous identifiables au début d'un tel projet. Cependant, les apports et les résultats des recherches, s'ils ne restent pas cantonnés dans les laboratoires, sont une aide précieuse pour la diffusion de ces pratiques. Ils sous-entendent aussi un effort de diffusion, de communication et d'acculturation de la part de leurs auteurs. Ils sous-entendent aussi un changement des pratiques de ceux qui sont amenés à les déployer et les mettre en œuvre, les cabinets de conseil et les consultants notamment.

Nous empruntons ici la vision synthétique de Wilson (2008, Op. cit.) relative au développement possible des sciences de l'information, qui s'appuie sur la théorie de l'activité.

⁵⁷³ Saint-Léger Guy, Beeler Betty (2013) « Émergence d'une culture négociée dans le cadre des projets ERP », *Management & Avenir*, Vol. 53, p. 54-71

Figure 61 : Pour une expansion des sciences de l'information (et de la communication)



Source : Wilson (2008)

En complément du paragraphe précédent, nous pouvons faire appel ou mobiliser d'autres supports complémentaires, de façon non exhaustive :

- L'approche de Flichy permet d'appréhender les différents moments clés de l'élaboration et de la mise en place d'une solution, sur l'ensemble de son cycle de vie. Cette approche nous semble un support intéressant pour identifier les étapes clés oubliées ou minimisées, notamment celle de la transformation de l'objet-valise en objet-frontière (dans ce contexte). Plus la cible et son « niveau », plus les changements induits sont importants, plus cette étape semble cruciale, les phases suivantes, d'idéologie masque et d'idéologie légitimante pouvant conduire à un échec patent si cette étape de transformation est menée de façon « incomplète ». Toutefois, la phase de négociation semble insuffisamment documentée. Il est alors nécessaire de faire appel à d'autres modèles.
- L'approche par la TNI permet de mieux structurer la description l'environnement et sa compréhension, et de mettre au jour un ensemble de facteurs liés aux différents isomorphismes qu'il semble difficile d'ignorer. Ils permettent aussi de mieux identifier les jeux possibles d'acteurs et les chemins détournés de certaines décisions ou résistances. Il existe aussi d'autres supports théoriques que nous n'avons pas abordés ici, notamment en raison de la richesse particulièrement grande du domaine des théories des organisations.

D'après nos lectures, l'utilisation de la TNI concerne principalement le niveau macro. D'autres modèles peuvent être utilisés, par exemple dans le cadre d'une approche interdisciplinaire. Citons par exemple, sans être limitatifs la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud⁵⁷⁴ pour compléter principalement l'analyse des liens et des influences entre les isomorphismes coercitifs et normatifs ou plus généralement les théories associées à l'action collective et la coordination des actions (Olson, Dewey...) et plus généralement, les démarches liées à la sociologie des organisations.

⁵⁷⁴ Voir par exemple les extensions proposées par De Terssac. De Terssac Gilbert (2012) « [La théorie de la régulation sociale : repères introductifs](#) », Revue Interventions économiques, Vol. 45

L'intégration de plusieurs cadres théoriques, comme le proposent Denis *et al* (2004, 2007, Op. cit.) offre un éclairage intéressant permettant de mieux comprendre comment se forment les stratégies des acteurs et des groupes (organisations pluralistes), comment elles évoluent et, dans un certain sens, comment s'effectue leur institutionnalisation.

« Dans les contextes pluralistes, les lieux de pouvoir diffus et les objectifs divergents font en sorte que les stratégies sont le résultat de jeux politiques entre des groupes ayant des intérêts contradictoires et des visions divergentes concernant la direction à prendre. Les organisations pluralistes impliquent également que les décisions autonomes de plusieurs personnes peuvent contribuer à orienter les décisions stratégiques dans une direction non désirée. » (Ibid.)

En s'appuyant sur la théorie de l'acteur-réseau, ils considèrent la formation des stratégies comme un processus de « traduction ». Les stratégies se forment à partir du moment où les (ou des) acteurs clés (les « traducteurs ») arrivent à mobiliser les participants dans le but de supporter une orientation en même temps qu'ils travaillent à la redéfinition de cette orientation en des termes qui leur permettront de maintenir leur réseau de support. Un terrain d'étude de choix pour illustrer cette approche pourrait être, en santé, les travaux menés autour de l'initiative IHE.

Leur approche de la théorie des conventions permet de comprendre les « accommodations » entre les acteurs, de comprendre comment des valeurs différentes peuvent être réconciliées ou juxtaposées pour assurer la viabilité des stratégies mises en place. Les différentes politiques de santé et leurs applications doivent satisfaire à la fois les acteurs publics, parapublics et privés, les médecins salariés et les libéraux, etc. Elles peuvent être un terrain de choix pour comprendre comment cette conciliation se met en place et ses résultats. Le modèle de « gatekeeper » partiel mis en place en France en est un exemple. Un autre exemple possible, la mesure des écarts et les motivations de ces écarts entre les ambitions initiales du projet de loi de 2004 comprenant notamment le DMP et la Loi résultante. Le passage obligé par un médecin pour créer un DMP en est un exemple.

Enfin, l'étude de la formation des stratégies comme pratique sociale s'intéresse au « niveau micro » de la formation des stratégies. *« Selon cette perspective, la stratégie est mise en action à travers un ensemble d'interactions sociales, de routines et de conversations par le biais desquelles les gestionnaires de même que les membres de l'organisation, définissent une direction pour l'entreprise et la mettent en action » (Ibid.)* Les stratégies de formation des réseaux formels et informels peuvent être un sujet d'approfondissement, mettant en évidence les liens avec les supports précédents. La notion de culture négociée (Hatch, 1993) peut offrir un regard complémentaire sur la capacité d'individus de culture différente à coopérer (dans notre contexte de la santé) autour d'un objectif commun.

L'idée, sur le principe, est de sortir de la logique diffusionniste et positive des outils et des TIC et de considérer le projet de système d'information dans son ensemble, autour des 4 projets qui le constituent, changement, organisation, informatisation, technologies.

C'est peut-être une extension intéressante du modèle proposé par Flichy sur la place de l'imaginaire dans l'activité technique, et les six étapes de son modèle.

D'autre part, si Scott (2013, Op.cit) considère que les institutions doivent aussi être abordées comme un processus lent et persistant, d'institutionnalisation ou de désinstitutionnalisation, ce dernier cas, notamment dans la santé, mériterait d'être largement approfondi pour alimenter, en complément, le point de vue ci-dessus sur les contextes pluralistes et la résistance au changement. En extrapolant, la création de structures regroupées d'exercice est à la fois une forme de réaction à la désinstitutionnalisation de la pratique libérale, et un glissement vers une autre forme d'exercice institutionnalisé. C'est aussi une réponse à au moins deux autres problématiques : le coût des emplacements (cabinet médical aménagé et

« aux normes ») en centre-ville et la volonté des jeunes générations à d'autres formes d'exercice, regroupé ou salarié, de préférence avec des commodités faciles d'accès et à un autre modèle de vie.

Enfin, tout système, toute institution possèdent une histoire. Même si celle-ci ne se répète jamais, il convient de ne pas l'oublier. Elle apporte un éclairage souvent très intéressant, notamment pour tout ce qui concerne l'informatisation de tout ou partie d'une organisation, et « ses mises en communication ». Dans cet environnement, ce ne sont pas forcément les utilisateurs les plus réticents à l'évolution des systèmes en place. Le remplacement des « anciens systèmes mainframe » est lui aussi riche d'enseignements.

9.6 Conversations, textes, processus, activités

Les trois modèles support que nous avons exposés précédemment appellent à quelques commentaires. Il ne s'agit pas de privilégier l'un ou l'autre des modèles, mais d'offrir des perspectives différentes.

L'approche par les processus permet à la fois de représenter et de décrire tout ou partie d'un système. Elle permet aussi, comme nous l'avons expérimenté dans le cadre de nos travaux précédents au GMSIH, de mettre l'accent sur les « ruptures » de flux ou les défauts d'articulation.

Pour ce faire, il est aussi nécessaire de capitaliser sur les projets antérieurs pour constituer « un ensemble de patrons » permettant non pas de refaire systématiquement les représentations et les descriptions, mais de procéder par écarts et enrichissements. C'est une approche que nous avons déjà proposée dans d'autres contextes. Elle permet d'élucider certaines des contradictions, certains breakdown, que l'approche par la théorie des activités permet de mettre en évidence. Cette dernière est un support fort utile pour compléter la démarche précédente, il est à la fois descriptif (sujets, objet, artefacts, règles, communauté, division du travail, outcomes), mais aussi illustratif de l'ensemble des interactions. Sur le principe, nous pensons qu'il offre un cadre support particulièrement riche, notamment de l'explicitation de ce que peuvent être les objets partagés et participer à une meilleure définition et une meilleure catégorisation des objets utilisés (intermédiaire, frontière). Enfin, parmi les « causes cachées » de la non-utilisation ou de la sous-utilisation des solutions installées, voire leur détournement, l'élucidation des rôles et les glissements de fonction (Saint-Léger, 2009) qui s'opèrent sont l'une des explications. Au-delà des modèles habituels (la partie émergée de notre iceberg), les motivations profondes restent à éclaircir. Nous avons déjà constaté que si les principaux utilisateurs n'étaient pas partie prenante dans ces projets qui les concernent au premier chef, l'installation puis l'utilisation étaient rejetées, surtout, si les décisions tant d'équipement que de choix de la solution ont été prises par la seule DSI. Il est étonnant, en 2015, de voir encore échouer un certain nombre de projets pour ce motif. La notion d'appropriation subie est une voie intéressante de recherche, sous réserve d'aborder les motivations et les résistances « de fond ».

Enfin, un dernier support théorique pourrait apporter un éclairage utile. Si une organisation évolue et se transforme, certaines évolutions peuvent s'apparenter à un « traumatisme » nécessitant une nouvelle construction de sens. Nous faisons ici appel à la notion de résilience, cette capacité de résister à un traumatisme et de se reconstruire après un choc, à savoir rebondir. Weick (1979⁵⁷⁵) a été l'un des premiers à chercher à appliquer cette notion

⁵⁷⁵ Voir les apports de son premier ouvrage à ce propos, « *The social psychology of organizing* ». *L'organisation est vue comme un tissu d'interactions (p. 13, p. 89 et suiv.) dont l'un des objectifs est de réduire l'équivocité de l'environnement. Un changement brutal, un dysfonctionnement majeur, une crise font « s'effondrer » le sens. Les acteurs doivent gérer une situation d'incertitude et d'ambiguïté, pour se stabiliser en réduisant l'équivocité de l'environnement.*

au contexte de l'organisation selon une perspective qui repose sur le « faire sens » collectif (le Sensemaking – rétention, sélection, éaction, page 134 et suiv. Ibid.) La notion d'équivocité renvoie principalement aux interprétations multiples d'une même situation. Pour Weick, « l'effondrement » n'est pas une situation négative, mais une occasion de faire sens. Toutes proportions gardées, nous retrouvons une approche similaire chez MP. Follett.

Communication et sens semblent indissociables, dans une interaction directe ou indirecte (intermédiée), situations où s'élaborent les significations, où se construit le sens. Si la communication organisationnelle en est l'un des processus clés, elle intéresse de prime abord un collectif dans ses actions de négociation, d'articulation, de consensus, de distribution de l'information, actions les plus souvent abordées. D'autres orientations peuvent être approchées, politiques, idéologiques ou stratégiques. Il semble que ces dimensions ne sont pas prises en compte par Weick, ce qui nécessite selon nous des approches complémentaires. Il est alors nécessaire de s'intéresser à deux formes de discours, le discours qui prend forme dans l'interaction et ses formes de textualisation, et le Discours, au sens de Foucault et des thématiques de domination et de contrôle. L'approche de l'école de Montréal étend la communication en tenant compte de plusieurs de ces dimensions qu'elle complète notamment des travaux des linguistes en insistant sur la dimension fondamentale du langage. La communication a alors une fonction « organisante », par co-orientation. Leur approche offre la possibilité de faire le lien entre la communication qui permet de faire sens (les textes) et celle en tant que conversation (qui est aussi porteuse de sens).

Le discours est un instrument de l'action organisationnelle (théorie de l'activité), le texte une ressource de la construction de ces actions. Les transactions (au sens de Taylor) vont alors au-delà du simple échange, elles sont à la fois l'échange et ce qui englobe l'échange. Le texte est aussi indissociable des conversations. Vus sous l'angle des parcours, qui sont une forme d'organisation, les textes évoluent au fil des conversations, la textualisation concernant à la fois les patients, mais aussi les professionnels associés. Nous considérons ici les textes comme support de l'oralité, ils sont à la fois objets techniques et sémiotiques. Nous limitons volontairement ici la dimension technique à celle de son ou de ses supports. Nous considérons cependant qu'un texte n'est pas fixé, il est malléable et évolutif. Un document n'est que l'image d'un texte à un moment donné, un message, un support éphémère de ce document.

Au regard des approches précédentes et des liens possibles avec les travaux de l'école de Montréal, nous pensons qu'il peut être très intéressant d'aborder ces sujets de façon transversale, dans les parcours et leurs articulations. Les contradictions au sens d'Engeström pourraient ainsi être étendues aux problèmes liés au sens, aux significations et aux attentes entre les différents acteurs, avec une approche très opérationnelle. Cependant, il est nécessaire de tenir compte à la fois des textes, le discours textualisé, et des conversations dans les interactions, mais aussi des Textes (Discours) et Conversations qui forment l'environnement dans lequel elles s'inscrivent.

Ceci peut faire l'objet d'un nouveau projet qui s'inscrit dans le chapitre suivant : Limites et Perspectives.

10. Limites et Perspectives

10.1 Les limites du projet d'enquêtes

Disons-le tout net, si le projet de construction des thématiques avec les syndicats est globalement positif, la seconde partie de notre projet autour de la communication dans les parcours montre clairement ses limites dès que l'on aborde un tel sujet sur le terrain, ce relatif pour plusieurs raisons :

- Comme tout projet de cet ordre, l'absence d'un sponsor d'autorité se fait cruellement sentir, à la fois pour ouvrir les portes (réseautage), à la fois pour se porter garant de la démarche grâce à sa validation sur la forme et sur le fond (imprimatur), mais aussi pour l'ancrage avec des relais de terrain. La difficulté dans ce contexte étant de trouver une personne ou une organisation qui permettent de traiter ce sujet tout en maintenant une certaine indépendance. Nous avons souhaité dès le départ réaliser ce travail en toute indépendance de façon à éviter toutes les contingences politiques ou institutionnelles possibles et inhérentes à ce sujet sensibles. Les syndicats, avec lesquels nous avons travaillé au début de notre projet, nous ont largement encouragés et confortés dans cette approche. Ils nous ont aussi fait part, pour certains, des difficultés que nous allions rencontrer. Les réflexions n'ont par ailleurs pas manqué.

« Qui vous a mandaté pour une telle étude ? Le ministère ? L'ARS ? Le CNOM ? Vous comprenez, comme vous n'êtes pas médecin... À qui rendez-vous compte des résultats ? Quelles sont nos garanties ? Vous comprenez bien que... »

Nous avons sollicité indirectement quelques laboratoires de produits de santé (réseau et délégués de laboratoires) pour nous aider à faire connaître notre démarche et notre enquête (une demi-page de présentation renvoyant sur notre site Internet). Tous nous ont opposé une fin de non-recevoir, parfois après un échange très intéressant, non sans avoir évalué le contenu de notre recherche et ses retombées possibles.

- Le contenu du questionnaire. Cherchant à cerner un sujet compliqué, nous avons souhaité en aborder plusieurs facettes. Il nous avait chaudement été recommandé de faire des interviews directes et de remplir le questionnaire *in situ*. Réussir à obtenir des rendez-vous est souvent très compliqué, nous avons été plus ou moins perçus comme des délégués de laboratoire, repas en moins, et en suivant les conseils d'autres praticiens, nous nous sommes orientés vers un questionnaire autoadministré. Il est alors nécessaire de faire le choix entre complétude (aborder le fond) et simplicité (se contenter de la surface), une démarche uniquement quantitative (échelles de Likert par exemple) posant alors la question de la validité du construit et de l'autorité de validation. La conséquence principale est la lourdeur apparente du questionnaire, en première approche, au moins pour la première partie. Elle interpelle aussi les professionnels sur leurs pratiques, cette autocritique n'est pas forcément la bien venue dans un contexte tendu (loi de santé de 2016). Les parties suivantes du questionnaire sont suffisamment *intuitives* pour être renseignées de façon autonome, de l'aveu même de nos correspondants, participant ou pas à l'enquête.
- Les événements. Il n'y a pas de bons ou de mauvais moments, juste des périodes opportunes. Cependant, aussi bien pour la validation que pour son déroulement, notre travail s'est retrouvé pris « en tenailles » entre différentes contingences, le

plus souvent à caractère politique, au plan national, mais aussi dans certains cas à caractère local. De plus, différentes organisations professionnelles ou instituts de sondage ont mené de nombreuses enquêtes à la même période. Après presque deux ans de débats enflammés et passionnés entre les pros et les anti Loi de santé 2016 et les orientations prises pour les prochaines années, aborder des sujets sensibles comme les parcours, l'évolution du système de santé, la place et le ressenti des acteurs, leur organisation aujourd'hui et celle de demain entraînent au mieux des refus polis ou passent, au pire, pour de la provocation.

- La confiance. Aborder le sujet des pratiques et des représentations sociales, quelque part, de l'intime professionnel, nécessite une relation de confiance. Pour qu'un tel climat se mette en place, la communication dans et autour du projet doit être irréprochable, notamment pour tout ce qui touche à l'éthique (du chercheur) et à la confidentialité (engagement écrit systématique). Malgré les apparences, la santé est aussi un monde concurrentiel, ce qui explique pour partie une certaine réticence à « se confier » sur ses pratiques, mais aussi à l'exposer au vu et au su de tous (le côté lacunaire des correspondances dans certains cas).

10.2 Les limites du modèle

N'étant pas un professionnel de santé, l'observation participante n'est pas possible. La santé reste un monde assez fermé. Dans la majorité des cas, les acteurs « en communication » sont généralement des personnes individuelles ou des organisations professionnelles comportant un nombre limité de personnes (équipes médico-techniques, service hospitalier), avec une disponibilité faible. En second lieu, en raison des contraintes ordinales, législatives et réglementaires, du secret médical... l'observation directe ou indirecte en tant que telle est impossible (ou compliquée dans les temps impartis à l'étude, notamment en ville) pour un acteur qui n'est pas professionnel de santé, surtout sur un sujet aussi sensible. Quand bien même nous aurions été un médecin, l'obtention d'une autorisation officielle est impérative, tant de la part de l'ordre des médecins que de l'établissement ou du ou des cabinets concernés. Ces autorisations sont difficiles à obtenir et les observations restent complexes à mettre en œuvre, notamment dans le cas des cabinets libéraux, un troisième acteur entrant en jeu : le patient (*information syndicale, confirmée en entretien avec les praticiens*).

En premier lieu, nous avons sollicité différents professionnels :

- Soit directement (coordonnées fournies par notre praticien référent, connaissances professionnelles) ;
- Soit par l'intermédiaire de forums professionnels, des syndicats de professionnels libéraux ou d'une société savante (la SFMG). Cette dernière semblait apparemment intéressée par notre recherche au vu des thèses soutenues ;
- Soit en faisant directement une présentation des objectifs de notre recherche auprès de différents professionnels de santé par l'entremise des réunions de délégués de laboratoire.

Dans le premier cas, en dehors des cinq personnes qui ont accepté de faire une validation secondaire de notre questionnaire lors d'un entretien, nous n'avons obtenu aucune réponse. Pour ce qui concerne l'enquête par courrier, les rares réponses (orales ou par courriel) apportées à notre médecin référent ont été confraternelles, dans la majorité des cas, mais laissant subsister un doute (concurrence). Le motif le plus souvent opposé est le manque de temps (« *très intéressant, mais c'est tout con, je n'ai pas le temps* »). La question de la rémunération associée aux réponses a été aussi clairement évoquée. Elle est vraisemblablement à mettre en relation avec les habitudes des laboratoires à rémunérer les

participants (avec un montant variable, dans notre contexte, la demande de rémunération variant entre une et trois consultations conventionnées [de 23 à 69 €], déplacement en sus).

Dans le second cas, outre la demande d'un formulaire PDF qui n'a jamais été rempli par les demandeurs ou le souhait de répondre en ligne (aucune demande n'a été formulée une fois le questionnaire intégré), les remarques et les réponses ont oscillé entre l'intérêt poli et le refus « outragé », les médecins ayant « *d'autres chats à fouetter* », n'étant pas rémunérés de surcroît.

Dans le troisième cas, après une écoute attentive (une dizaine de participants), les remarques ont varié entre un intérêt manifeste, mais « non engagé » à une suspicion générale. Il est évident, dans ce contexte, qu'il était aussi nécessaire de limiter le plus possible l'engagement de notre praticien référent, au regard de son activité propre (temps consacré) et de son positionnement dans le bassin.

En faisant un bilan un peu critique du paysage, *tel que nous l'avons perçu*, nous pouvons en tirer quelques conclusions complémentaires :

- Pour l'informatique médicale, l'intérêt reste généralement cantonné au monde hospitalier et à l'informatique dédiée à des sujets particuliers à vocation essentiellement médicale, recherche, gestion, connaissance ;
- Pour la médecine libérale, en fonction des idéologies du moment, les réactions vont de l'encensement au rejet pur et simple, avec parfois une position ambiguë cherchant à préserver ce qui peut être en faisant quelques concessions (théorie des conventions). Sur le fond, les réactions oscillent entre le rejet des injonctions de l'État pouvant remettre en cause la liberté des patients et des praticiens, au souhait de la mise en place d'une médecine étatisée, avec toutes les variantes possibles en fonction des courants et des sensibilités, y compris au sein d'un même syndicat ;
- Indépendamment du mode d'exercice, les professions médicales sont peu habituées à être questionnées sur leurs pratiques, en dehors de ce même monde médical, monde auquel appartenir n'est pas de surcroît un gage de succès. Cette réflexion doit être nuancée en fonction des organisations. Si cela est moins vrai pour les grandes organisations (hôpitaux), cela est prégnant pour l'exercice libéral, vraisemblablement parce que ces derniers semblent peu sollicités sur ce genre de sujet, et que, d'autre part, les problématiques, notamment économiques diffèrent. D'un côté, il est nécessaire de tenir compte des jeux de pouvoir inhérents aux organisations, personnes, services, mode d'exercice interne, entre les praticiens libres ou pas d'organiser leur temps de travail et leurs vacances... ou entre organisations (zone d'attractivité), de l'autre, l'exercice se faisant dans des structures de très petite taille, c'est le positionnement et « la survie » dans le bassin qui sont parfois en jeu. Cela nous a pour partie été confirmé par certains syndicats, au moins pour les hôpitaux. Concernant les libéraux, le complément de rémunération offert comme médecin traitant par exemple entraîne, dans certains cas, des effets de bord délétères, comme « l'auto-récupération du patient, en se déclarant « par défaut » comme étant son médecin traitant, sans son accord ». Le dernier projet de loi de santé a peut-être contribué à renforcer ce phénomène avec la RO SP ;
- Même si cela a été compliqué et long à mettre en œuvre, les mesures telles que le PMSI ou la T2A ont contribué à renforcer un certain niveau de connaissance, au moins aux plans épidémiologique, économique et financier. Pour ce qui concerne la médecine de ville, si une mesure similaire avait été prévue initialement par les ordonnances de 1996, la remontée des informations ayant trait aux diagnostics pour la médecine de ville n'a pour ainsi dire jamais été mise en œuvre. Soit parce

que les systèmes de codification sont peu ou pas adaptés (complexité, ergonomie...) aux caractéristiques de la prise en charge, souvent pluri-factorielle, soit parce que les praticiens n'en voient pas leur intérêt ni celui du patient. Selon différentes déclarations officielles, seule la connaissance des remboursements permet de déduire peu ou prou, en dehors des ALD, et encore, « ce qui se passe en ville ». L'observatoire de la santé géré par la SFMG a été fermé en 2009, les praticiens souhaitant arrêter leur participation. Quoi qu'il en soit, la mise en place de compléments de rémunérations comme la ROSP ou le transfert du DMP à la CNAM devrait contribuer à faire évoluer la situation... nous serions tentés de dire, malheureusement pas au profit des principaux intéressés. La communication sur le sujet ou pour le dire autrement, les campagnes marketing n'ont pas fait montre d'une grande efficacité, quand elles n'ont pas eu l'effet inverse ;

- L'avis des jeunes générations sur le sujet reste compliqué à recueillir. Les multiples demandes de rendez-vous pour tenter d'avoir leur avis sont restées vaines. Dans l'ensemble, leur souhait d'exercice est généralement : salarié, avec des temps choisis pour ménager sa vie privée, si possible dans un bassin actif (garde des enfants, écoles, perspectives scolaires et professionnelles, loisirs à proximité...). Il est aussi à noter qu'un certain rejet de la responsabilité personnelle vis-à-vis de la santé des patients et de leur prise en charge se fait jour, en préférant « l'anonymat » d'une structure.

10.3 Quelles perspectives ?

La structure de gouvernance de certains opérateurs d'État a changé, marquant une inflexion sur certains sujets et donnant une place de plus en plus centrale de la notion de parcours, pour le moment territorialisé. Ce peut être une opportunité pour lancer un projet de recherche du même ordre, mais cette fois-ci, de façon pluri ou interdisciplinaire.

En reprenant notre questionnaire initial, celui-ci peut être réorganisé en sous-ensembles ou parties « plus simples », mais non indépendantes, faisant appel à des disciplines « moins généralistes » à la fois pour affiner les questions, mais aussi pour bénéficier de leurs connaissances et compétences.

Les phases préparatoires peuvent se compléter :

- D'une analyse « historique » des politiques de santé et des réactions qu'elles ont entraînées avec l'idée d'approfondir la connaissance des isomorphismes et les partager, dans un premier temps, entre les membres du projet ;
- De l'intégration, dans cette recherche, de l'analyse des réactions (dépêches, fils de discussions professionnels) pour compléter ou amender les verbatim du terrain.

Il est aussi nécessaire de rechercher et de s'assurer des appuis permettant de mobiliser des professionnels de santé (au sens large) sur un ou plusieurs bassins de santé, de préférence sur le moyen terme (prise de contact régulière).

Il est impératif que les professionnels participants soient pleinement partie prenante du projet, ce qui devrait permettre des analyses d'évolution (pratiques, outils, organisation, voire valeurs...)

S'agissant d'un projet relativement long et pluri ou interdisciplinaire, il est nécessaire de s'assurer du soutien « d'un noyau dur » dans le temps. Ce peut être des organisations professionnelles sous réserve de la garantie l'indépendance du projet. Mais peut-il l'être ? Enfin, il semble qu'un soutien académique (faculté de médecine) est indispensable, notamment pour intéresser les futurs professionnels au sujet.

Indépendamment des coûts inhérents à un tel projet pour les structures qui le porteraient, au vu des remarques qui nous ont été faites, il semble indispensable de prévoir le financement des enquêtes ou interviews et le défraiement des participants. D'autres supports pourraient alors être mobilisés, comme la CNAM (au plan national, régional ou départemental).

Idéalement, ce projet devrait s'inscrire dans une zone urbaine d'environ 200 000 habitants, intégrant les exercices semi-ruraux et ruraux. Pour avoir des résultats significatifs, nous estimons qu'il serait nécessaire de mobiliser environ 100 à 200 praticiens « actifs » (niveau 1 [50 à 60 %], 2 [20 %] et 3 [10 %], les 10 à 20 % restant étant dévolus aux paramédicaux et au social/médico-social). Si l'on considère la rémunération pour la participation à l'enquête, de prime abord, nous estimons le coût, uniquement pour la réalisation de l'enquête et les praticiens, en dehors de tout aspect logistique, à environ 15 000 €.

C'est aussi un projet auquel les différents syndicats ou les facultés de médecine pourraient être associés. Faire sens à la problématique de façon pragmatique et communiquer, ces deux actions sont indispensables.

Enfin, par rapport à un tel projet, une communication régulière et adaptée à ses cibles de l'avancement et des résultats du projet de recherche est indispensable.

10.4 En conclusion (1) - Sens et questions

Au terme de ce travail consacré à la communication en santé, vue par les parcours, le « faire-sens » prend « différentes saveurs » en fonction des environnements et des interlocuteurs.

Plutôt que d'aborder une nouvelle fois les problématiques liées à l'informatisation de la santé et ses nécessaires effets bénéfiques, notamment pour le patient, et rester à la surface de l'iceberg, nous avons donc souhaité aborder le cheminement de l'information vu par le parcours de ces mêmes patients. Pour ce faire, nous avons abordé ces parcours non pas comme un processus vu dans son ensemble, ce qui reste impossible en raison de la variété des situations, même si des « patterns » existent, mais comme une succession de processus approchés par l'organisation dans laquelle ils prennent forme, comme une succession d'activités entre lesquelles les articulations et la qualité de la communication s'effectuent par et dans les interfaces entre ces activités. Si l'on considère les textes et les conversations, il s'agit d'identifier les textes performés, convoqués et mobilisés au sein de ce travail d'articulation, mais aussi comment ces articulations prennent forme, par l'intermédiaire de conversations passées ou présentes qui forment à la fois le texte et l'environnement du texte ?

1) Comment mettre en évidence théoriquement et empiriquement la complexité de la communication entre les systèmes d'information de santé (SIS) ?

La première partie relative à la mise en perspective conceptuelle de notre environnement de recherche répond à notre question managériale.

Ayant choisi un domaine, la santé, complexe « à souhait » parce qu'il touche à la fois au concret, mais aussi au subjectif, au culturel-cognitif, aux valeurs de chacun et à celles des institutions qui composent ce système, nous avons choisi de présenter, dans la première partie à quoi les notions de santé, de système de santé ou de parcours renvoyaient. Les professionnels qui y interviennent y occupent une place singulière, au moins pour deux raisons. En premier lieu, en raison de leur histoire et de celle de leur profession, de son évolution, mais aussi de celle des techniques et des technologies de santé.

En second lieu, en raison des institutions, des formes et organisations multiples auquel un patient peut être confronté et des conditions des rencontres, de la relation empathique liée à une longue connaissance des « forces en présence, patient et praticien » à la rupture biographique complète, marquée par un séjour plus ou moins sous la dépendance des professionnels auxquels le patient confie son devenir.

2) Pourquoi ces outils de communication se heurtent-ils si rapidement à la réalité ?

La mise en perspective théorique.

Si les systèmes d'information en général et les applications informatiques occupent une place particulière dans la santé, nous avons cherché, non pas à redéfinir une nouvelle fois un cadre d'évaluation de l'incidence de ces outils, de leur acceptation ou de leur détournement ou des conditions de réussite des projets afférents, mais à aborder ces systèmes complexes de façon transversale en utilisant différents supports théoriques.

Si les motivations à utiliser ou refuser un outil, une directive, une contrainte restent les voies les plus abordées, il nous a semblé utile d'aller chercher plus en profondeur. Pour structurer notre cadre d'analyse, nous avons fait appel dans un premier temps à la TNI. Il n'y a pas un cadre unique, mais un ensemble de cadres qui permettent l'abord de ce système complexe. La systémique vient compléter cette démarche. Reste alors une question : est-il possible d'utiliser une théorie « globalisante » à un niveau « local », micro ? Nous pensons que oui, au regard des thématiques abordées par cette théorie et telles que formalisées par Scott par exemple.

Une fois ce premier cadre formalisé, restait à aborder la notion de parcours et définir deux cadres principaux et complémentaires d'approche.

Une démarche par les processus, au sens où nous les avons définis, avec une double ambition descriptive : textuelle et graphique. Textuelle, pour formaliser les connaissances et les sens donnés par les acteurs à ce qui fait leur quotidien. Graphique, parce que c'est un support de discussion et de recherche de consensus.

La seconde démarche, complémentaire, repose sur la théorie de l'activité. Elle permet de compléter ces descriptions et de mettre l'accent sur le travail d'articulations et les problèmes que l'on peut y rencontrer.

D'autres outils, notamment ceux proposés par Saint-Léger, offrent un support complémentaire à la fois pour illustrer, mais aussi alimenter les deux démarches précédentes. Citons aussi ici les approches « miroir » des théories liées à l'acceptation des innovations ou liées aux usages (Ram *et al.*). Sans oublier les représentations sociales qui offrent un éclairage particulièrement intéressant, notamment sur la partie culturel-cognitif.

Ces quatre sous-ensembles doivent à la fois permettre de mieux comprendre quelle est la nature « du construit » actuel, de ou des écosystèmes dans lequel il s'inscrit, mais aussi d'organiser les trajectoires d'évolutions.

En lien avec nos rencontres, mais aussi notre expérience passée, nous pouvons constater que ces démarches entraînent une « déconstruction des organisations, leur dépliement », avec une « mise en texte » d'éléments auxquels la profession en général, les médecins en particulier ne semblent pas forcément habitués. C'est, en quelque sorte, un retournement de situation à des fins de diagnostic.

En ce sens, la réponse à la seconde question est : Non. Ça ne marche pas, ça se plante ! L'approche Top-Down (descendante) montre clairement ses limites. Un outil conçu au plan national et imposé au plan local a toutes les chances de ne pas être utilisé, surtout si son

déploiement est perçu comme clairement coercitif, pour l'ensemble des usagers, professionnels et patients.

L'approche Bottom-Up (ascendante) montre, elle aussi, clairement ses limites. Souvent conçue dans un environnement singulier, parfois imposé localement, sa généralisation reste particulièrement complexe. La sociologie des organisations, pour ne citer que cette approche, offre un éclairage très utile. D'autant que la concurrence entre les différents projets est organisée au plan national...

Reste l'approche intermédiaire. Comment peut-elle s'inscrire dans ce paysage ?

10.5 En conclusion (2) - Sens et temporalité

Si le temps auquel nous faisons allusion au début de ce texte est une composante importante des activités, il constitue souvent un motif de surface pour éluder les questions auxquelles ces professionnels ne semblent pas habitués à répondre... Ou les courts circuits, y compris conceptuels cette fois-ci, dans les phases de conception et de déploiement des projets d'informatisation.

Les approches transversales par les parcours entraînent un changement du positionnement des acteurs et des institutions dans le paysage du système de santé.

Si le processus d'institutionnalisation semble assez bien décrit, le processus inverse pose beaucoup plus de questions. En abordant le système de santé de façon transversale, la déconstruction et recomposition du sens semble devoir s'effectuer à tous les niveaux pour en permettre l'évolution des différentes institutions.

C'est un travail qui demande du temps et une certaine permanence dans les décisions et dans la construction du nouvel environnement.

Tous les acteurs souhaitent-ils « laisser du temps au temps » pour permettre ces évolutions et cette construction du sens autrement que par l'instabilité plus ou moins permanente ? Nous sommes tentés de poser cette question en référence au processus de désinstitutionnalisation qui reste à appréhender.

Nous espérons, au travers de ce travail, avoir contribué à faire sens à ce que peuvent être les parcours. Raconter la santé, c'est aussi raconter ce qui en fait le quotidien, comment il s'est constitué, ce qui fait son histoire singulière. La richesse de ce secteur en fait son attrait, mais aussi sa complexité.

Bibliographie

- 01NET (2014) « Google Genomics: Google veut plus que vos données, il veut stocker votre génome », Site Internet, mis à jour le 07/11/2014 à 10 h 04.
- Ababei Cristina, Dadi Ghita, Trémine Thierry (2008) « Le concept de dysfonction préjudiciable (harmful dysfunction) de J. C. Wakefield, dans World Psychiatry ». L'Information Psychiatrique, n° 84-5, pp. 461-466.
- Abric Jean-Claude (2003) « Méthodes d'étude des représentations sociales », Érès.
- Abric Jean-Claude, Flament Claude, Guimelli Christian, Morin Michel, Mardellat René, Singery Jacky (2011) « Pratiques sociales et représentations », Paris : PUF.
- ADF (2013) « Le chirurgien-dentiste, acteur de santé publique écoresponsable », Association dentaire française.
- ADF, Organisations du secteur du Handicap (2012), « Parcours résidentiel et parcours de vie des adultes handicapés : vers une refondation », Protocole d'accord et déclaration commune.
- Agarwal Ritu, Prasad Jayesh (1997) "The role of innovation characteristics and perceived voluntariness in the acceptance of information technologies", Decision sciences, Vol. 28, Issue 3, pp. 557-582.
- Agence de la santé publique au Canada (2011) « Obésité au Canada, conséquences sur la santé et l'économie », Rapport conjoint de l'agence de la santé publique du Canada et de l'institut canadien d'information sur la santé.
- AHRQ (2011) "Family tree of terms in use in the field of collaborative care." Dec. 2014. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, site Internet, Archives AHRQ.
- Akrich Madeleine (1993) « Les objets techniques et leurs utilisateurs, de la conception à l'action. » In : Raisons pratiques, n° 4, les objets dans l'action, Éditions de l'EHESS, pp. 35-57, p. 36).
- Almond, Solomon (2010) "The interface between general and specialty medicine", Clinical medicine, Vol. 10, n° 1, pp. 6-7.
- ANAP (2014) « Accompagnement des projets SI de production de soins. Hôpital 2012 », ANAP, rapport d'évaluation, p. 6. Le découpage fonctionnel proposé est essentiellement « vertical ».
- Ansell-Salles Nora, « LIBRES PROPOS signés MG-France, à propos de la Prise en charge de la santé des femmes : le rôle fondamental du médecin généraliste », Site Internet, le 08/03/2013.
- APM « Négociations sur les soins de proximité : large rejet de l'avenant à l'ACIP par l'UNPS », dépêche du 06/11/2014, APM International.
- Argoud Dominique (2013), interview du février 2013, parue dans Union sociale, n° 264.
- ARS Aquitaine (2015) « Le Territoire de Soins Numérique (TSN) : Innover dans les Landes face au défi des pathologies chroniques », ARS Aquitaine, site Internet.
- ARS Bourgogne (2015) « Territoire de soins numérique (TSN) », ARS Bourgogne, Site Internet.
- ARS Bretagne (2013) « Parcours de santé, parcours de vie et Territoires. Document soumis à concertation », septembre 2013.
- ARS Île-de-France (2015) « TerriSanté », ARS Île-de-France, Site Internet.

- ARS Midi-Pyrénées (2010) « Diagnostic des soins de premier recours », Projet régional de santé, document de travail.
- ARS Océan Indien (2015) « Programme Plexus-OI », ARS Océan Indien, Site Internet.
- ARS Rhône-Alpes (2015) « Territoire de soins numérique : Santé en Rhône-Alpes : le numérique au service de tous », ARS Rhône-Alpes, Site Internet.
- ASIP (2013) « Vol. et de synthèse médicale : un document de référence pour les éditeurs », site Internet, 12 novembre 2013.
- Assal Jean-Philippe (1996) « Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. », Encyclopédie Médico-chirurgicale.
- Atun Rifat (2012) “Health systems, systems thinking and innovation”, Health Policy and Planning, Vol. 27, Issue supply 4, pp. iv4-iv8.
- Avenier Marie-José, Gavard-Perret Marie-Laure (2012) « Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique » in Gavard-Perret Marie-Laure, Gotteland David, Haon Christophe, Jolibert Alain (2012) « Méthodologie de recherche en sciences de gestion » Pearson, p. 25.
- Azzouz Mahdi, Bidan Marc (2013) « Le rôle de la formation dans l’acceptation de l’intranet 2.0 : le cas d’un établissement bancaire français. », Vie & sciences de l’entreprise, n° 195-196, pp. 164-196
- Balabanova Dina, Mills Anne, Conteh Lesong, Akkazieva Baktygul et al. (2013) “Good Health at Low Cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening,” Health Policy, The Lancet, Vol. 381, issue 9883.
- Barber Gregory B., Grémy François, Überla Karl, Wagner Rudolf G. (1979) “Lecture notes on Medical Informatics”, Springer-Verlag, Edited by Donald A. B. Lindberg and Peter L. Reichertz, preface, p. III.
- Barile Sergio, Saviano Marialuisa, Polese Francesco (2014) “Information asymmetry and co-creation in healthcare service”, Australasian Marketing Journal no 22, pp. 205–217.
- Barlet Muriel (DREES), Magali Coldefy (IRDES), Clémentine Collin (DREES), Véronique Lucas-Gabrielli (IRDES) (2012) « L’accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l’accessibilité aux médecins généralistes libéraux », DREES IRDES, série Études et résultats no 795, mars 2012 (actualisé le 05/06/2013).
- Barrat James (2015) “Why Stephen Hawking and Bill Gates Are Terrified of Artificial Intelligence”, TheWorldPost, site Internet, mis à jour le 6 sept. 2015.
- Barreau H. (1999) « Les invariants naturels et culturels de la représentation du temps face à la mondialisation ». Communication présentée au Symposium ISST – AFAS : Temps et mondialisation. Paris, le 5 novembre 1999.
- Baszanger Isabelle (1986) « Les maladies chroniques et leur ordre négocié » in : Revue française de sociologie, n° 27-1. p. 6.
- Batifoulier Philippe (2010) « Le marché de la santé et la reconstruction de l’interaction patient-médecin », Revue Française de Socio-Économie, n° 10, pp. 155-174.
- Battle-Fisher Michèle (2015) “Application of Systems Thinking to Health Policy & Public Health Ethics. Public Health and Private Illness,” Springer.
- Beeuwkes-Buntin Melinda, Burke Matthew F., Hoaglin Michael C., Blumenthal David (2011) “The Benefits of Health Information Technology: A Review of the Recent Literature Shows Predominantly Positive Result”, Health Affairs, Vol. 30, n° 3, pp. 464–471.
- Béraud Céline (2010) « Professions », In Paugam Serge (dir.), les 100 mots de la sociologie, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? ».

- Berg Marc, Bowker Geoffrey (1997) "The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward the Sociology of an Artifact", *The Sociological Quarterly*, Vol. 38, n° 3, pp. 513-537.
- Berg Marc, Bowker Geoffrey (1997) "The multiple bodies of the medical record", *The Sociological Quarterly*, Vol. 38, n° 3, p. 529.
- Bergeron Henri (2010) « Chapitre 3/les politiques de santé publique », in Olivier Borraz et al. *Politiques*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Académique », p. 80 et suiv.
- Bergeron Henri, Castel Patrick (2010) « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail*, n° 52, pp. 441-460.
- Bergeron Henri, Castel Patrick (2010) « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail*, Vol. 52, issue 4, Oct.-Déc. 2010, pp. 441-460.
- Berland Yvon, Bourgueil Yann (2010) « Évolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels », *ADSP, Actualité et dossier en santé publique*, n° 70.
- Bernard Claude (1865) « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale » *Classiques des sciences sociales*, p. 146 (version électronique).
- Bernier Jean (1689) « Essais de médecine où il est traité de l'histoire de la médecine et des médecins », Paris : chez Simon Langronne, 1689, p. 20.
- Berry Dianne (2007) "Health communication. Theory and practice," Open University Press, preface p. X.
- Berthoud Gérald (2002) « La société de l'information. État des lieux. XVIIIe colloque annuel du Groupe d'Étude "Pratiques sociales et Théories" », *Revue européenne des sciences sociales*, n° XL-123.
- Besson Patrick, Rowe Frantz (2011) « Perspectives sur le phénomène de la transformation organisationnelle », *Systèmes d'information & management*, Vol. 16, n° 1, pp. 3-34.
- Bettis Richard A., Prahalad Coimbatore K. (1995) "The dominant logic: Retrospective and extension", *Strategic management journal*, Vol. 16, n° 1, pp. 5-14.
- Bezes Philippe (2008) « Chapitre 8 : Le tournant néomanagérial de l'Administration française », *Politiques publiques*, tome 1, Paris, Presses de Sciences Po, collection « Académique », p. 216 et suiv.
- Binart-Écalé Hortense (2012) « Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral », thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Faculté de médecine de Bobigny.
- Bizard Béatrice, Gringault Annie, Lumbroso Claudine (2013) « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie », Dossier documentaire, CRDM, 1er octobre 2013.
- Bloy Géraldine, Schwyer François-Xavier (2010) « Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale », Presses de l'EHESP.
- Boisguérin Bénédicte, Payraud Denis (2006) « Les trajectoires de soins en 2003 » DREES, Études et résultats no 463, février 2006.
- Boisvert Denis (2006) « Niklas Luhmann : la théorie des systèmes sociaux », *Aspects sociologiques*, Vol. 13, n° 1.
- Bonnafous-Boucher Marie (2007) « Niveaux organisationnels et arrangements institutionnels. Facteur historique dans la Silicon Valley versus entrepreneuriat héroïque » in : Deroy Xavier (2007) « Formes de l'agir stratégique », Bruxelles, De Boeck Supérieur « Méthodes & Recherches », p. 31.

- Bonneville Luc, Grosjean Sylvie (2007) « Les défis que soulève l’informatisation de la pratique médicale sur le plan de l’innovation technologique », *Canadian Journal of Communication*, Vol. 32, pp. 435-456.
- Bonneville Luc, Grosjean Sylvie (2011) « La communication organisation organisationnelle, approche, processus et enjeux », Chenelière Éducation. Cet ouvrage constitue l’une des sources de ce chapitre, complété d’autres sources complémentaires.
- Bonnot de Condillac Étienne (1798) « Traité des sensations. Traité des animaux », *Corpus des œuvres de philosophie en langue française*. Librairie Arthème Fayard, Paris, 1984.
- Booch Grady, Rumbaugh James, Jacobson Ivar (1998) “The unified modeling language: User guide”, Addison Wesley.
- Boudier Fabienne, Bensebaa Faouzi, Jablanczy Adrienne (2012) « L’émergence du patient expert : une perturbation innovante. », *Innovations*, n° 39, pp. 13-25.
- Bouet Patrick, Rault Jean-François, Le Breton-Lerouillois Gwénaëlle (2015) « Atlas de la démographie médicale », CNOM.
- Bourgoin Alaric (2013) « Le conseil en management à l’épreuve de sa mise en valeur : une étude empirique. » *Économies and finances*. École Nationale Supérieure des Mines de Paris, thèse de doctorat, Spécialité « Socioéconomie de l’Innovation ».
- Bowker Geoffrey C., Leigh Star Suzan (2000) “Sorting things out. Classification and its consequences,” *The MIT press*, p. 35, table 1.1.
- Brandenburg Hans, Wojtyna Jean-Pierre (2006) « L’approche processus, mode d’emploi », Éditions d’organisation, Eyrolles.
- Brémond Marc, Fieschi Marius (2008) « Le partage d’informations dans le système de santé. », *Les Tribunes de la santé*, Vol. 4, n° 21, pp. 79-85.
- Breuil-Genier Pascale (2001) « Comment définir des épisodes de soins ? Une application à partir de l’enquête Santé 1991-92 », INSEE.
- Briot PC, Teil AA, Belnap TW, Cannon WH (2012) « Pratique intégrée et basée sur la qualité de la médecine de ville : son impact sur la consommation des soins. », *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 43, pp. 251-259.
- Broutelle Anne-Cécile, Le Morvan François (2009) « La construction sociale des maladies. », *Regards croisés sur l’économie* 1/2009 (no 5), p. 61-64.
- Brudny Michelle-Irène (2002) « La sphère privée selon Hannah Arendt. », *Champ psy*, n° 27, pp. 9-12.
- Bruno Palier (2015) « La réforme des systèmes de santé », 7e éd., Paris, Presses Universitaires de France « Que sais-je ? ».
- Buntin Melinda Beeuwkes, Burke Matthew F., Hoaglin Michael C., et al. (2011) “The benefits of health information technology: a review of the recent literature shows predominantly positive results” *Health affairs*, Vol. 30, n° 3, p. 464–471.
- Cabana Michael D., Rand C. Cynthia S., Powe Niel R. et al. (1999) “Why Don’t Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement,” *JAMA*, Vol. 282, issue 15, pp. 1458-1465.
- Cabin Philippe et al. (1999), Saussois Jean-Michel (2007, 2012) « Les organisations, états des savoirs », Éditions Sciences Humaines.
- Caffet Jean-Pierre (2013) « Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 », Sénat, Rapports législatifs.

- Calvez Marcel (2010) « La négociation du soi et la situation de maladie », *Ethica Clinica*, n° 57, pp. 6-13.
- Cambien Aurore (2008) « Une introduction à l'approche systémique », CERTU.
- Canada (1974) "A New Perspective on the Health of Canadians (Lalonde Report)" Department of National Health and Welfare, Ottawa.
- Canasse Serge (2012) « Renoncement aux soins : un concept à manier avec précaution », Site Internet « Carnets de santé », rubrique Économie de la santé, juin 2012.
- Canguilhem Georges (2005) « Le normal et le pathologique », Paris, PUF, p.96 et suiv. (édition 2005).
- Carli-Bacher Sophie, Véret Michel (2004) « Alignement stratégique des systèmes d'information hospitaliers », GMSIH, disponible sur le site Internet de l'ANAP.
- Carlile Paul R. (2002, 2004) "Transferring, Translating, and Transforming: An Integrative Framework for Managing Knowledge Across Boundaries", *Organization Science*, Vol. 15, n° 5, pp. 555–568.
- Catrice-Lorey Antoinette, Steffen Monika (2006) « La mise en œuvre des réformes des systèmes de santé bismarckiens : des capacités inégales. », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, pp. 171-189.
- CCNum (2015) « Ambition numérique. Pour une politique française et européenne de la transition numérique. Rapport au Premier ministre », Conseil national au numérique, disponible sur le Site Internet du Conseil, p. 99.
- CCNum (2015) « Ambition numérique. Pour une politique française et européenne de la transition numérique. Rapport au Premier ministre », Conseil national au numérique, disponible sur le Site Internet du Conseil.
- Chambat Pierre (1994) « Usages des technologies de l'information et de la communication (TIC) : évolution des problématiques. », *Technologies de l'information et société*, Vol. 6, n° 3, pp. 249-270.
- Chambat Pierre (1995) « L'innovation technique. Récents développements en sciences sociales - vers une nouvelle théorie de l'innovation (Patrice Flichy). » In : *Réseaux*, Vol. 13, n° 74, Télévision et apprentissages, pp. 207–210.
- Chau Patrick Y. K., Tam Kar Yam (1997) "Factors affecting the adoption of open systems: an exploratory study", *MIS Quarterly* Vol. 21, issue 1, pp. 1–24.
- Chaudhry Basit, Wang Jerome, Wu Shinyi, Maglione Margaret et al. (2006) "Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care," *Annals of Internal Medicine*, 16 May 2006, Vol. 144, n° 10.
- Chazal Gérard (2002) « Interfaces : Enquêtes sur les mondes intermédiaires », Éditions Champ Vallon.
- Cherba Maria, Vásquez Consuelo (2012, 2014) « étudier la communication organisationnelle et santé des organisations de santé au health organizing. », *Communication & Organisation* 1/2014, n° 45, pp. 223-242.
- Chin, Wynne W., Gopal Abhijit (1995) "Adoption intention in GSS: relative importance of beliefs", *ACM SigMIS Database* Vol. 26, n° 2-3, pp. 42-64.
- CIGREF (2009) « L'information : prochain défi pour les entreprises. Pratiques de création de valeur par les SI et leur usage : cartographie 2009 », CIGREF, Livre blanc, décembre 2009, p. 14.
- Claveranne Jean-Pierre, Pascal Christophe (2004) « Repenser les processus à l'hôpital : Une méthode au service de la performance », Medica éditions.

- Clément-Hryniewicz Nathalie (2014) « Éthique de l'annonce en soins palliatifs : la " vérité " en question. », *Revue internationale de soins palliatifs*, Vol. 29, pp. 125-131.
- Clot Yves, Faïta Daniel (2000) « Genres et styles en analyse du travail : concepts et méthodes. », *travailler*, Vol. 4. 2000.
- CNOM (2009) « Dossiers médicaux, conservation et archivage », CNOM, site Internet, 19 mai 2009.
- CNSA (2012) « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », extrait du rapport 2012 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Site Internet.
- Coleman Preston, Papp Raymon (2006) "Strategic Alignment: Analysis of Perspectives", *Proceedings of the 2006 Southern Association for Information Systems Conference*.
- Commission européenne (2007) « Livre blanc. Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013 » Commission des communautés européennes.
- Connolly Regina, Gauzente Claire, Dumoulin Régis (2012) "IT adoption in the public healthcare sector: an institutional research agenda", *International Journal on Computer Science and Information Systems*, Vol. 7, n° 2, pp. 101-116.
- Contandriopoulos André-Pierre (2006) « Éléments pour une " topographie " du concept de santé », in *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Vol. 11, n° 1, 2006, pp. 86-99.
- Contandriopoulos André-Pierre (2008) « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. », *Santé Publique*, Vol. 20, pp. 191-199.
- Contandriopoulos André-Pierre, Denis Jean-Louis, Touati Nassera, Rodriguez Charo (2003) "The integration of Health Care: Dimensions and implementation", *Gris, Université de Montréal*. (2004 for the French version.)
- Cordier Alain, Chêne Geneviève, Duhamel Gilles, De Haas Pierre, Hirsch Emmanuel, Pariso-Lavillonnière Françoise, Perrotin Dominique (2013) « Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des " sages " », ministère des Affaires sociales et de la Santé, *La Documentation Française*.
- Cott Cheryl (1997) "'We decide, you carry it out': A social network analysis of multidisciplinary long-term care teams", *Social Science and Medicine*, Vol. 45, issue 9, pp. 1411-1421.
- Cour des comptes (2014) « Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé », *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, *La Documentation Française*, juin 2014.
- Cour des comptes (2015) « La Sécurité. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », *Cour des comptes*, Sept. 2015.
- Coutts Christopher, Forbink Annet, Weiner Jocelyn (2013) "The Portrayal of Natural Environment in the Evolution of the Ecological Public Health Paradigm", *International journal of environmental research and Public Health*, Vol. 11, issue 1.
- Cristofari Jean-Jacques (2012) « Claude Leicher (MG-France) : " Au gouvernement de se ressaisir du dossier du DMP " », *Pharm@analyses*, 10 Sept. 2012, Site Internet.
- Crozier Michel, Friedberg Erhard (1977) « L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective. », *Éditions du Seuil*, Paris.
- Dahlgren, Gbran, Whitehead Margaret (1991) "Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health", *Stockholm : Institute for Future Studies*.
- Darnton Andrew (2008) "Reference Report: An overview of behaviour change models and their use", *GSR Behaviour Change Knowledge Review*.

- Davenport Thomas H., Short James E. (1990) "The New Industrial Engineering: Information Technology and Business Process Redesign", MIT Sloan Management Review, Vol. 31, n° 4, p. 11.
- Davis Fred D., Bagozzi Richard P., Warshaw Paul R. (1989) "User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models", Management science, Vol. 35, n° 8, pp. 982-1003.
- Day Min-Yuh (2011) "Theories of media and information", Social media management (course presentation), Tamkang University.
- De Almeida-Filho (2006) « Modèles de la santé et de la maladie : remarques préliminaires pour une théorie générale de la santé », in Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, Vol. 11, n° 1.
- De Certeau Michel (1980) « L'invention du quotidien. 1. L'art de faire », Gallimard.
- De Lusignan Simon (2003) "What is primary care informatics", Journal of the American medical informatics association (JAMIA) Vol. 10, issue 4, pp. 304–309.
- De Lusignan Simon, Ross Peter, Shifrin Michael, Hercigonja-Szekers Mira, Seroussi Brigitte (2013b) "A Comparison of Approaches to Providing Patients Access to Summary Care Records Across Old and New Europe: An Exploration of Facilitators and Barriers to Implementation", in Data and Knowledge for Medical Decision Support B. Blobel et al. (Editors.) IOS Press.
- De Lusignan Simon, Seroussi Brigitte (2013a) "A comparison of English and French Approaches to Providing Patients Access to Summary Care Records: Scope, Consent, Costs", in Data and Knowledge for Medical Decision Support B. Blobel et al. (Eds.) IOS Press.
- De Pouvourville Gérard (2006) « Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : propositions », ministère de la Santé.
- De Pouvourville Gérard (2009) « 1. L'économie de la santé : périmètre et questions de recherche », in Pierre-Louis Bras et al. Traité d'économie et de gestion de la santé, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Hors collection », 2009, pp. 14-22.
- De Pouvourville Gérard (2009) « 1. L'économie de la santé : périmètre et questions de recherche », in Traité d'économie et de gestion de la santé, Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Hors collection ».
- De Savigny Don, Taghreed Adam (2009) "Systems Thinking for Health Systems Strengthening", OMS.
- De Terssac Gilbert (2003) « 7. Travail d'organisation et travail de régulation », in Gilbert De Terssac, la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud, La Découverte « Recherches », 2003, p. 122.
- De Terssac. De Terssac Gilbert (2012) « La théorie de la régulation sociale : repères introductifs », Revue Interventions économiques, Vol. 45.
- Debarbieux Bernard (2014) « Les spatialités dans l'œuvre d'Hannah Arendt », Cybergeo : European Journal of Geography, Épistémologie, Histoire de la Géographie, Didactique, document 672.
- Denis Jean-Louis (2008) « Les organisations, des ressources pour améliorer la santé de la population ? », AQESSS, présentation.
- Denis Jean-Louis, Langley Ann, Rouleau Linda (2004) « La formation des stratégies dans les organisations pluralistes. Vers de nouvelles avenues théoriques », 13e conférence de l'AIMS. Normandie. Vallée de la Seine 2, 3 et 4 juin 2004.

- Denis Jean-Louis, Langley Ann, Rouleau Linda (2007) "Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames", *Human Relations*, Vol. 60, Issue 1, pp. 179-215, The Tavistock Institute, SAGE Publications.
- Déry, Richard (1997). « Homo Administrativus et son double : du bricolage à l'indiscipline », *Revue Gestion*, 22 (2), 27-3.
- Descartes René (1628) « Règles pour la direction de l'esprit », fac-similé, édition électronique augmentée de Cousin Victor, Wikisource.
- Descartes René (1637) « Le discours de la méthode. Pour bien conduire sa raison, et chercher la vérité dans les sciences ».
- Desmazes Jean, Lacaile Line (2011) « Le calcul du retour sur investissement du projet " Dossier Patient partagé " d'un grand CHRU : de l'inutilité d'une réponse sérieuse à une question redoutable », *Colloque Management Hospitalier*, EMS Strasbourg, novembre 2011.
- Desprès Caroline (2013) « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », *Anthropologie & Santé*, n° 6.
- Desq Sylvie, Reix Robert, Rodhain Florence, Fallery Bernard (2007) « La spécificité de la recherche francophone en systèmes d'information. », *Revue française de gestion*, Vol. 7, n° 176, pp. 63-79.
- DesRoches Catherine M., Campbell Éric G. Rao Sowmya R., Donelan Karen, et al. (2008) "Electronic health records in ambulatory care—a national survey of physicians," *New England Journal of Medicine*, Vol. 359, n° 1, pp. 50–60.
- DGOS (2015) « Les chiffres clés de l'offre de soins », DGOS, ministère de la Santé, édition 2015.
- DGOS (2015) « Rapport d'activité 2014-2015 », ministère de la Santé, p. 26.
- Dionis du Séjour Jean, Étienne Jean-Claude (2004) « Les télécommunications à haut débit au service du système de santé », *Assemblée nationale*, p. 62.
- Dionis du Séjour Jean, Étienne Jean-Claude (2004) « Nouvelles technologies de l'information et système de santé : " La nouvelle révolution médicale " », *Assemblée nationale*.
- Donnadieu Gérard, Durand Daniel, Neel Daniel, Nunez Emmanuel, Saint-Paul Lionnel (2003) « L'Approche systémique : de quoi s'agit-il ? » Synthèse des travaux du Groupe AFSCET, « Diffusion de la pensée systémique », Textes de référence.
- Dormont Brigitte et Huber Hélène (2015) « Vieillissement de la population et croissance des dépenses de santé », p16 et suiv. in Laxalt Jean-Michel (2015) « Allons enfants de la sécu... », Institut Montparnasse (MGEN).
- Dormont Brigitte (2009) « Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire ? » Paris, Opuscule du Cepremap, Éditions Rue d'Ulm.
- Dormont Brigitte, Grignon Michel, Huber Hélène (2006) "Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing", *Health economics*, Vol. 15, p. 947-963, 2006.
- Dormont, Brigitte (2011) « Vieillissement et dépenses de santé » in Fussman, Gérard (Éd.), « La mondialisation de la recherche : Compétition, coopérations, restructurations » Paris : Collège de France.
- DREES (2015) « La démographie des médecins (RPPS) », DREES, Site Internet, 15 avril 2015
- DSIH-DL (2015) « Quelle stratégie pour une ambition numérique », DSIH, Site Internet, 22 juin 2015.

- Dumez Hervé (2010) « Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion. Ou que répondre à la question : “quelle est votre posture épistémologique ? ” », *Le Libellio d’Aegis*, Vol. 6, n° 4, hiver 2010, pp. 3-16.
- Dumez Hervé (2010) « La description : point aveugle de la recherche qualitative. », *Le Libellio d’Aegis*, Vol. 6, n° 2, Été 2010, pp. 28-43.
- EHESP (2015) « Comprendre le système de santé en quelques clics », site Internet.
- Elbaum Mireille (2010) « L’évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d’analyse », *Les Tribunes de la santé* 5/2010 (n° HS 1), p. 15-29.
- Ellingson Laura L. (2003) “Interdisciplinary Health Care Teamwork in the Clinic Backstage”, *Journal of Applied Communication Research*, Vol. 31, n° 2 May 2003, pp. 93–117.
- Engeström Yrjö (1995), “Objects contradictions and collaboration in medical cognition. An activity-theoretical perspective,” *Artificial Intelligence in medicine*, Vol. 7, pp. 395-412.
- Engeström Yrjö (2001) “Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization”, *Journal of Education and Work*, Vol. 14, n° 1
- Engeström Yrjö (2008) « Quand le centre se dérobe : la notion de knotworking et ses promesses », *Sociologie du travail*, Vol. 50, pp. 303-330.
- Engeström Yrjö, Engeström Ritva, Kärkkäinen Merja (1995) “Polycontextuality and boundary crossing in expert cognition; Learning and problem solving in complex activities,” *Learning and instruction*, Pergamon, Vol. 5, pp. 319-336.
- Ertzscheid Olivier (2015) « Le Web 4.0 sera celui du génome, et y a de quoi flipper », *L’Obs-Rue89*, Site Internet, le 7 mars 2015.
- Espeland Ansgar, Anders Baerheim (2003) “Factors affecting general practitioners’ decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers—a qualitative study” *BMC Health Services Research*, Vol. 3, n° 1, p. 8.
- Euller-Ziegler Liana, Ziegler Gérard (2001) « Qu’est-ce qu’une approche multidisciplinaire ? Définition, cadre de soins, problématique », *Revue du Rhumatisme*, n° 68, pp. 126-130.
- Evans Robert G., Stoddard Gregory L. (1990) “Producing health, consuming healthcare” *Social science & medicine*, Vol. 31, n° 12, pp. 1347–1363.
- Evans Robert G. (1981) “Incomplete Vertical Integration: The Distinctive Structure of the HealthCare Industry”, in J. J. Van der Gaag and P. M (editors) *Health, economics, and health economics*, Amsterdam, North Holland.
- Evans Robert G. (1983) “Incomplete vertical integration in the Health Care industry: Pseudo-markets and Pseudo-policies”, *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol. 468, *Health Care Policy in America*, pp. 60–87.
- Fainzang Sylvie (2006) « La relation médecins-malades : information et mensonge », Paris, Presses Universitaires de France.
- Fainzang Sylvie (2009) « La communication d’informations dans la relation médecins-malades », *Questions de communication*, n° 15, pp. 279–295.
- Fainzang Sylvie (2015) “The Anthropology of Lying: Information in the Doctor-Patient Relations”, Ashgate.
- Fainzang Sylvie (2006) « La relation médecins-malades : information et mensonge », Presses universitaires de France.

- Fauré Bertrand (2009) “James R. Taylor & Elizabeth J. Van Every, *The Situated Organization: Case Studies in the Pragmatics of Communication Research*”, *Communication et organisation*, n° 36, pp. 252–256.
- Feuillet Anaïs (2013) « Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de patients d’Eure-et-Loir », Thèse pour le doctorat en médecine, faculté de Tours.
- Filliettaz Laurent, Bronckart Jean-Paul (2005) « L’analyse des actions et des discours en situation de travail : concepts, méthodes et applications. », Vol. 115. Peeters Publishers.
- Fishbein Martin, Ajzen Icek (1975) “Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to the Theory and Research”. Reading, MA: Addison-Wesley. L’ouvrage est disponible sur le site Internet d’Ajzen.
- Fleury Marie-Josée, Ouadahi Youcef (2002) « Stratégies d’intégration des services en réseau, régulation et moteurs d’implantation de changement », *Revue Santé mentale au Québec*, Vol. 27, n° 2, pp. 16-36.
- Flichy Patrice (1995) « L’innovation technique », *La Découverte*.
- Flichy Patrice (2001) « La place de l’imaginaire dans l’action technique. Le cas de l’Internet », *Réseaux*, Vol. 5, n° 109, pp. 52-73.
- Fontes Yann (2015) « Le Quantified-Self, prochaine étape de l’assurance santé personnalisée ? », *Digital-Insurance.me*, site Internet.
- Fortin Sylvie, Maynard Serge (2012) « Progrès de la médecine, progrès technologiques et pratiques cliniques : les soignants se racontent », *Anthropologie & Santé*, n° 8.
- Foucault Michel (1977) « Le jeu de Michel Foucault », *Dits et écrits*, Tome III, Paris, Gallimard, 1977, p. 299.
- Fraser Julius Thomas (1990) “Of Time, Passion and Knowledge”, Princeton, University Press
- Frayssinet Jean, Mouron Philippe (2015) « La santé connectée », le droit de l’Internet des objets, table ronde, 13 février 2015.
- Freidson Eliot (1999) “Theory of professionalism: Method and substance”, *International Review of Sociology*, Vol. 9: n° 1.
- Freimuth, Vicki S., Holly A. Massett, and Wendy Meltzer (2006) “A descriptive analysis of 10 years of research published in the *Journal of Health Communications*”, *Journal of health communication*, Vol. 11, issue 1, pp. 11–20.
- Friedberg Erhard (1998) « En lisant Hall et Taylor : néo-institutionnalisme et ordres locaux », *Revue française de science politique*, Vol. 48, n° 3, pp. 507-514.
- Friedberg Erhard et al. (2010) « De Taylor à aujourd’hui. L’encyclopédie des sciences de l’organisation », *Screening Organisation*, Site Internet.
- Gagnon Marie-Pierre (2003) « Déterminants psychosociaux et organisationnels de l’adoption des technologies de télémédecine dans le réseau québécois de télésanté élargi », thèse présentée à l’Université de Laval en vue de l’obtention du Grade de Philosophiae Doctor en santé communautaire.
- Gamayanto Indra (2005) “Porter’s five forces model; Scott-Morton’s five forces model; Bakos and Treacy model analyze, strategic information systems management”, *Jurusan Teknik Informatika, Fakultas Teknologi Industri – Universitas Kristen Petra*.
- Garcia Amado Juan Antonio (1989) *Introduction à l’œuvre de Niklas Luhmann* », *Droit et société*.

- Garnier Catherine, Sauvé Lucie (1999) « Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement Conditions pour un design de recherche », *Éducation relative à l'environnement*, Vol. 1, pp. 65-77.
- Gauzente Claire (2013) « Une invitation illustrée à utiliser la Q-méthode dans les Recherches en Systèmes d'Information », *Systèmes d'information & Management*, Vol. 18, pp. 69-109.
- Gentil Stéphanie (2013) « Les “ agencements organisationnels ” des situations perturbées : la coordination d'un bloc opératoire à la pointe de la rationalisation industrielle », *Revue internationale Communication sociale et politique – RICSP*, n° 8, pp. 65-80.
- Giandou Alexandre (2010) « Le CIGREF : un club de grandes entreprises acteur majeur de l'évolution des systèmes d'information en France (1970-2010) », *Entreprises et Histoire*, Vol. 3, n° 60, pp. 62-77.
- Gil (2012) « Auteurs : Eliot FREIDSON (1923-2005) », *Le Conflit*, site Internet.
- Giroud Élodie et Lemoine Maël (2012) « Textes clés de philosophie de la médecine. Vol. II : Santé, maladie, pathologie », Vrin, Paris.
- Giroux Élodie (2010) « Après Canguilhem, définir la santé et la maladie », PUF, Collection « Philosophie ».
- Gisquet Elsa (2006) « Vers une réelle ingérence des profanes ? Le mythe de la décision médicale partagée à travers le cas des décisions d'arrêt de vie en réanimation néonatale. », *Recherches familiales*, n° 3, pp. 61-73.
- Gobert Corinne (2013) « Une classification des acteurs du système de santé français », site Internet.
- Goldberg Marcel (1982) « Cet obscur objet de l'épidémiologie », in *Sciences sociales et santé*. Vol. 1, n° 1, pp. 55-110.
- Goldberg Marcel, Melchior Maria, Leclerc Annette, Lert France (2002) « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé ». In : *Sciences sociales et santé*. Vol. 20, n° 4, vingt ans. Numéro anniversaire. p. 75-128. « Les limites de l'approche épidémiologique des déterminants sociaux ».
- Gorlewski Julie A. (2011) “Power, Resistance, and Literacy: Writing for Social Justice”, Information Age Publishing, Collection: Critical Construction.
- Greif Avner (2006) “Institutions and the Path to the Modern Economy”, Cambridge University Press, Cambridge.
- Grémy François (2008) « De quelques dimensions éthiques et philosophiques de la décision en santé publique... et ailleurs. », *Santé Publique*, Vol. 20, pp. 327-339.
- Grenier Corinne (2014) « Proposition d'un modèle d'espaces favorables aux habiletés stratégiques », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 32, pp. 3-10.
- Grenier Corinne, Pauget Bertrand (2007) « Le pilotage normatif d'un réseau de santé », AIMS, XVIe Conférence Internationale de Management Stratégique, Montréal, 6-9 juin 2007.
- Grignon Michel (2011) « Note de lecture critique. », *Revue française des affaires sociales* no 4, pp. 181-187.
- Grize Jean-Blaise (2003) « 6. Logique naturelle et représentations sociales », les représentations sociales, Paris, Presses Universitaires de France, « Sociologie d'aujourd'hui ».
- Gros Aurélien (2011) « Les formes de l'enquête historique : John Dewey et Max Weber », *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, Vol. 7.

- Grosjean Sylvie, Bonneville Luc (2007) « Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé. », *Revue française de gestion*, Vol. 3/2007, n° 172, p. 145-157.
- Grosjean Sylvie, Bonneville Luc et al. (2010) « La communication organisationnelle », Montréal : Chenelière Éducation inc.
- Grosset-Janin Sosthène (2015) « Changement de SI : les critères d'une conduite rationnelle », SIH-Solutions, site Internet, octobre 2015.
- Grover Varun (1993) "An Empirically Derived Model for the Adoption of Customer-based Interorganizational Systems", *Decision sciences*, Vol. 24, n° 3, pp. 603–640.
- Guigner Sébastien (2013) « Gouverner par la comparaison : usages et mésusages des comparaisons internationales des systèmes de santé », *Quaderni*, n° 82, automne 2013.
- Guillaud Hubert (2015) « Faut-il une date de péremption pour les données », *InternetActu.net*, site Internet, 20 oct. 2015.
- Hall Peter A., Taylor Rosemary C. R. (1997) « La science politique et les trois néo-institutionnalismes », *Revue française de science politique*, Vol. 47, n° 3, pp. 469-496.
- Hammer Michael, Champy James (1993, 2003) "Reengineering the Corporation: Manifesto for Business Révolution", HarperCollins.
- Hanseth Ole, Monteiro Éric (1998) "Changing irreversible networks", ECIS, article disponible sur la page Internet d'Éric Monteiro à la Norwegian University of Science and technology.
- Hanseth Ole, Monteiro Éric, Hatling Morten (1996) "Developing information infrastructure: The tension between standardization and flexibility", *Science, technology & human values*, Vol. 21, n° 4, pp. 407–426.
- HAS (2011) « Mesure de l'expérience du patient. Analyse des initiatives internationales », HAS, avril 2011, site Internet.
- HAS (2013) « Mettre en œuvre les parcours », HAS, Site Internet, mis en ligne le 20 sept. 2013. Le portail « maître » regroupe des informations complémentaires concernant tant certaines pathologies que certains outils spécifiques. Site Internet de la HAS : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1250003/fr/parcours-de-sante>.
- HAS (2014) « Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé », HAS, Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017, novembre 2014
- HAS (2015) « Parcours de santé (A-Z) », HAS, Site Internet.
- Hatch Mary Jo, Cunliffe Ann L. (2009) « Théorie des organisations : de l'intérêt de perspectives multiples », De Boeck Supérieur, p. 407.
- Haut comité de la santé publique (2002) « La santé des Français », Paris, La Découverte, Collection « Repères », 128 pages, Chapitre « III/l'affectation des ressources dans le système de santé », p. 59.
- HCAAM (2012) « Synthèse thématique des rapports publiés par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie depuis 2004 », ministère des Affaires sociales et de la Santé.
- HCSP (1994) « La santé en France, Rapport général », Haut Comité de la santé publique
- Hédoïn Cyril (2011) « Institutionnalisme en économie », in : V. Bourdeau et R. Merrill (dir.), *DicoPo*, Dictionnaire de théorie politique.
- Henderson, Ventrakaman, 1993, "Strategic alignment: leveraging information technology for transforming organizations", *IBM System Journal*, Vol. 31-1, page 8 (476).

- Hervé Benoît (2012), « Pluralité des acteurs et pratiques inclusives : les paradoxes de la collaboration », in *La Nouvelle Revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 57.
- Herzlich Claudine, Pierret Janine (2010) « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie* 2010/1, Vol. 51, p. 121-148.
- Higgins Julian, PT., Green Sally (2011) "Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Intervention", The Cochrane Collaboration, Version 5.1.0, Site Internet.
- Hirschheim and Sabherwal (2001) "Detours in the Path toward Strategic Information Systems Alignment", *California management review* Vol. 44, n° 1.
- Hirschheim Rudy (1985). "Information systems epistemology: A historical perspective," *Research methods in information systems*, pp. 13-35.
- Hsiao William C. (2003) "What Is a Health System? Why Should We Care?" Harvard School of Public Health, working paper, 33 p.
- Hymes Dell Hathaway (1984) « Vers la compétence de communication », Collection « Langues et apprentissage des langues », Hatier-Crédif.
- INSEE (2013) « Professions de santé en 2013 ».
- INSEE (2014) « Professions de santé en 2014 ».
- Institute of Medicine (2011) "Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care", Committee on Patient Safety and Health Information Technology; IOM, p. 1 et suiv., p. 15, 17.
- Jean Gérard, Jean Philippe (2005) « Le Damier stratégique », Éditions d'organisation.
- Barreyre Jean-Yves, Fiacre Patricia, Vincent Joseph, Makdessi Yara (2008) « Une souffrance maltraitée – Parcours et situations de vie des jeunes dits "incassables" », recherche réalisée pour l'ONED et le CG 95.
- Jodelet Denise (1989) « Folies et représentations sociales », Édition des « Classiques des sciences sociales », p. 36 et suiv.
- Jodelet Denise (1994) « Les représentations sociales », PUF, Paris, pp. 36-57.
- Jodelet Denise (2006) « Culture et pratiques de santé », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 1.
- Johanet Gilles (2009) « 29. L'échec de la régulation », in : *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Hors collection ».
- Johanet Gilles (2014) « Réponse à la note du Conseil d'analyse économique, " Refonder l'assurance maladie ". », *Les Tribunes de la santé*, n° 43, pp. 89-92.
- Joliot Didier (2003) « Management des systèmes d'information », Lavoisier, à propos des activités.
- Jolivet Alexia (2011) « La certification à l'épreuve de la communication : figures de la qualité et travail du sens. Le cas d'un établissement de santé », Thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication soutenue le 6 sept. 2011, Université de Toulouse III Paul Sabatier.
- Jouët Josiane (2000) « Retour critique sur la sociologie des usages. », *Réseaux*, Vol. 18, n° 100, pp. 487-521.
- Jouët Josiane (2011) « Chapitre 1. Des usages de la télématique aux Internet Studies » in : Denouël, Julie, et Granjon, Fabien. *Communiquer à l'ère numérique : Regards croisés sur la sociologie des usages*, Presses des Mines, pp. 45-90.

- Kitson Nicole A., Price Morgan, Lau Francis Y., Showler Grey (2013) "Developing a medication communication framework across continuums of care using the Circle of Care Modeling approach," *BMC Health Services Research*, Vol. 13, p. 418.
- Klein Heinz K., Rowe Frantz (2008) "Marshaling the professional experience of doctoral students: a contribute to the practical relevance debate," *MIS Quarterly* Vol. 32 No. 4, pages 675-686, December 2008.
- Kodner Dennis L. (2009) "All together now: a conceptual exploration of integrated care" *Healthcare quarterly* (Toronto, Ontario), Vol. 13, special issue, pp. 6-15.
- Korpela Mikko, Häkkinen Heidi, Mursu Ánja, Reikkinen Annamari, Toivanen Marika (2004) "Activity oriented methods for information systems analysis and design: The case of the ActAd approach," University of Kuopio, Finland, 3rd Nordic Conference for Cultural and Activity Research Copenhagen, 3-5 September 2004.
- Korpela Mikko, Mursu Ánja, Soriyan Abimbola, Eerole Anne, Häkkinen Heidi, Toivanen Marika (2004) "I.S. Research and Development by Activity Analysis and Development: Dead horses or the next wave", in Kaplan Bonnie, Truex Duane P., Wastell David, Wood-Harper Trevor A, DeGross Janice (2004) "Information systems research: Relevant theory and informed practice," IFIP TC8/WG8.2 Year Retrospective, Kluwer Academic Publishers.
- Kremer-Marietti Angèle (2009) « Le paradigme scientifique : cadres théoriques, perception, mutation », *DOGMA, Revue de Philosophie et de sciences humaines*, avril 2009, Site Internet.
- Kreps Gary L. (2000) "The Evolution and Advancement of Health Communication Inquiry", *Communication yearbook* 24, p. 231.
- Kreps Gary L. (2008) "Qualitative inquiry and the future of health communication research", *Qualitative Research Reports in Communication*, Vol. 9, issue 1, pp. 2-12.
- La Brèche (2011) « Coûts de la santé : Fausses évidences », in « Le marché contre la santé », les cahiers de La Brèche, n° 1, 2008, p. 13. Version Internet.
- Laloë Franck (2013) « La faible longévité des supports d'information numériques : un défi technologique », Colloque du 6 novembre 2013, Fondation de la Maison de la chimie, Site Internet.
- Laloë Franck, Hourcade Jean-Charles (2010) « Longévité de l'information numérique. Les données que nous voulons garder vont-elles s'effacer ? », *EDP Sciences*.
- Langis Irène (2014) « Littératie et déterminants de santé », journées de la prévention, INPES, 3, 4, 5 juin 2014.
- Lapointe Liette (1999) « L'adoption de Systèmes d'Information Cliniques par les Médecins et les Infirmières : Une étude des Variables individuelles, Socio-politiques et Organisationnelles », Thèse présentée à l'École des HEC en vue de l'obtention du Grade en Philosophiae Doctor en Administration, Université de Montréal.
- Larsen, K. R., Allen, G., Vance, A., Eargle, D. (Eds). (2015) "Theories Used in IS Research," Wiki, site Internet <http://IS.TheorizeIt.org>.
- Launois Robert J. (1986) « La santé en France, un système en mal de liberté », Colloque franco-allemand d'économie de la santé. Trêves, 25-26 septembre 1986 in la régulation des Systèmes de Santé en France et en RFA. *Maison des Sciences de l'Homme* (éd.), pp. 69-85.
- Laurent Catherine, Baudry Jacques, Berriet-Sollicé Marielle, Kirsch Marc, Perraud Daniel, Tinel Bruno, Trouvé Aurélie, Allsopp Nicky, Bonnafous Patrick, Burel Françoise, Carneiro Maria José, Giraud Christophe, Labarthe Pierre, Matose Frank, Ricroch

- Agnès (2009) « Pourquoi s'intéresser à la notion d'« evidence-based policy » ? », *Revue Tiers Monde*, n° 200 – 4/2009, pp. 853-873.
- Lave Jean, Wenger Étienne (1991) “Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation” Cambridge, Cambridge University Press.
- Le Moigne Jean-Louis (1977-1994) « La théorie du système général. Théorie de la modélisation », Collection les Classiques du réseau Intelligence de la complexité, Édition de 2006, en ligne, page 61 et suiv.
- Ledun Marin (2005) « La colonisation de l'expérience politique », *Articulo, Journal of Urban Research*, n° 1.
- Leigh Star Susan, Ruhleder Karen (2010) « Vers une écologie de l'infrastructure. Conception et accès aux grands espaces d'information », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 4, n° 1, pp. 114-161.
- Lemoine Philippe (2014) « La nouvelle grammaire du succès. La transformation numérique de l'économie française », *Rapport au Gouvernement, La Documentation Française*, p. 121.
- Lénel Pierre (2003) « Parcours de vie. Constats et analyses sociologiques », document no 1-1 de la séance plénière du 13 février 2003 du Conseil d'orientation des retraites.
- Leutz Walter N. (1999) “Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom”, *The Milbank Quarterly*, Vol. 77, n° 1.
- Levêque Audrey (2008) « Chapitre 2. La sociologie de l'action publique », in *Épistémologie de la sociologie*, Bruxelles, De Boeck Supérieur, « Ouvertures sociologiques ».
- Li Li, Cheng Wei-Yi, Glicksberg Benjamin S., Gottesman Omri, Tamler Ronald, Chen Rong, Bottinger Erwin P., Dudley, Joël T. (2015) “Identification of type 2 diabetes subgroups through topological analysis of patients similarity”, *Science Translational Medicine*, 28 Oct 2015, Vol. 7, issue 311.
- Lindlof Thomas R., Taylor Bryan C. (2011) “Qualitative communication research method”, Sage, p. 19.
- Linsay Ann, Lunn Ken (2003) “Business processes—attempts to find a definition,” *Information and software technology*, Vol. 45, n° 15, pp. 1015–1019.
- Lomas Jonathan (1993) “Diffusion, Dissemination, and Implementation: Who Should Do What?” In: *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 703, *Doing Better than Harm: The Evaluation of Health Care Interventions*, pp. 226–237, December 1993.
- Lorens Kuno (2015) « Logique indienne », *Encyclopædia Universalis*, site Internet, oct. 2014.
- Loriol Marc (2012) « La Construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique » Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- Loriol Marc (2013) « Réflexions sur la notion de construction sociale », Proposition pour le RTF 06 de l'Association française de sociologie, site Internet.
- Lucas-Gabrielli Véronique, Nabet Norbert, Tonnelier François (2001) « Les soins de proximité : une exception française », *CREDES*, n° 503.
- Luzeaux D. et Ruault Jean René (2008) « Ingénierie des systèmes de systèmes : méthodes et outils. » Hermès-Lavoisier 2008.
- Magny Jean-Claude, Harvey Gilles, Levesque Yves, Kieffer Daniel, Taillefer Anne, Fournier Denis (2008) « Pour une approche intégrée de la santé : vers un nouveau paradigme », *Presses de l'Université de Québec, Collection Santé et société*, p. 4.

- Maier Mark W. (1996) "Architecting Principles for Systems-of-System", INCOSE International Symposium, Vol. 6. no 1.
- Mallard Alexandre (2014) « Métamorphoses d'une question scientifique. Trente ans de recherches sur l'inscription des TIC dans les univers productifs », Réseaux, Vol. 2/2014, n° 184-185, pp. 33-69.
- Mallien Philippe, Toussaint Yves (1994) « Intégration sociale des technologies d'information et de communication : une sociologie des usages », Technologies de l'information et société TIS, Vol. 6, n° 4, pp. 315-336.
- March James et Simon Herbert (1958) "Organizations", John Wiley & Sons
- Marmot Michael et al. (2009) « Comblent le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », OMS, Commission des déterminants sociaux de la santé, rapport final.
- Martin Pierre (2015) « Une posture parfois " paternaliste " du corps médical fait obstacle à la " décision thérapeutique partagée " (représentante d'usagers) », dépêche APM-New du 31 août 2015, Université d'été de l'ANAP.
- Masquelier Bertrand, Trimaille Cyril (2012) « Introduction Dell Hymes : héritages, débats, renouvellements, branchements. », Langage et société, n° 139, pp. 5-19.
- Massé Raymond, Saint-Amand Jocelyne (2003) « Éthique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité », Collection Sociétés, cultures et santé.
- Maturana Humberto R., Varela Francisco J. (1987) "The tree of knowledge: The biological roots of human understanding". New Science Library/Shambhala Publications.
- Mayère Anne (2013) « Communication organisationnelle et organisation de santé : enjeux et perspectives », Communiquer, n° 8|2013, pp. 99-111.
- Mayère Anne (2014) « Communication et santé : étude des processus et dispositifs d'une rationalisation équipée », Revue française des sciences de l'information et de la communication, Vol. 4|2014.
- McPhee Robert D., Zaugg, Pamela (2000) "The communicative constitution of organizations: A framework for explanation." Electronic Journal of Communication, Vol. 10, n° 1-2.
- Merrien François-Xavier (2013) « La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international », Revue internationale de politique de développement, n° 4.2.
- Meyer Morgan (2009) « Objet-frontière ou Projet-frontière ? Construction (non) utilisation et politique d'une banque de données », Revue d'anthropologie des connaissances, Vol. 3, n° 1, pp. 127-148.
- Mias Arnaud (2014) « Marc Lorient, la construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique » dont nous sommes inspirés.
- Miège Bernard (1995) « La pensée communicationnelle », éditions PUG, Grenoble, Collection « La Communication en plus ».
- Miège Bernard (2008) « L'imposition d'un syntagme : la Société de l'Information », tic & société, Vol. 2, n° 2.
- Migaud Didier et al (2013) « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie », in Rapport public annuel, Tome I, les Observations, Vol. I.1, les finances publiques, les politiques publiques, Cour des comptes, site Internet, p. 190 et suiv.
- Mignerat M., Rivard S. (2005) "Positioning the institutional perspective in information technology research", Cahier de recherche, Vol. 5, n° 1.

- Miles Matthew B., Huberman, A. Michael (2003) « Analyse des données qualitatives. », De Boeck Supérieur
- Miles Raymond E., Snow Charles C., Meyer Alan D, Coleman Henri J. (2003) “Organizational Strategy, Structure, and Process”, Stanford Business Classic.
- Millerand Florence (1998) « Usages des NTIC : les approches de la diffusion, de l’innovation et de l’appropriation (1re partie) », Composite, Vol. 2, n° 1, pp. 1-19
- ministère de la Santé (2014) « Plan pour l’amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 », site Internet
- Minvielle Étienne (1999) « Les politiques d’amélioration de la qualité des soins à l’hôpital. Quel fondement organisationnel ? », in : Politiques et management public, Vol. 17, n° 4, pp. 59-84.
- Moles Abraham (1986) « Théorie structurale de la communication et société ». Masson, cité par le Petit Robert, édition 2000.
- Molinié Éric (2005) « L’hôpital public en France : bilan et perspectives », Étude du Conseil économique et social – CESE, juin 2005.
- Montaut Alexis (2015) « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », DREES, Rapport 2014, p. 112.
- Moore Gary C., Benbasat Izak (1993) “Development of an instrument to measure the perceptions of adopting an information technology innovation”, Information system research, Vol. 3, issue 2, pp. 192–222.
- Morgan Gareth (1986, 1997, 2006) “Images of organization”, SAGE Publications Inc., 4e édition
- Morgan Gareth (1993) “Imaginization: New Mindsets for Seeing, Organizing and Managing” Newbury Park and San Francisco, CA: Sage Publications.
- Morin Michel (2004) « Parcours de santé », Armand Colin, Paris.
- Morin Michel (2006), « Nouvelles définitions de la santé : un regard psychosocial », Spirale 1/2006, n° 37, pp. 29-41.
- Morozov Evgeny (2014) « L’aberration du solutionisme technologique. Pour tout résoudre, cliquez ici », Éditions Fyp.
- Mouillet Laurence, Truchot Sophie, Evain Aldric (2013) « Plate-forme de proposition de l’observatoire de la régionalisation », Observatoire de la régionalisation
- Mucchielli Alex (2004) « Étude des communications : approche systémique dans les organisations », Armand Colin, Conclusion.
- Mucchielli Alex (2004) « La théorie systémique des communications », Armand Colin, Paris. Le titre initial (1998) était « Approche systémique et communicationnelle des organisations », chez le même éditeur.
- Mursu Ánja, Luukkonen Irmeli, Toivanen Marika, Korpela Mikko (2007) “Activity Theory in information systems research and practice: theoretical underpinnings for an information systems development mode”, Information Research, Vol. 12, n° 3
- Nicolas Schöffner: <http://www.olats.org/schoffer/archives/deftech.htm>.
- Nolte Ellen, McKee Martin (2008) “Caring for people with chronic conditions. A health system perspective,” Open University press, European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- OCDE (2010) “Health care systems: efficiency and policy settings”, OCDE–Executive summary p. 5, Site Internet.
- OCDE (2014) « Politique et donnée sur la santé », site Internet.

- Ologeanu-Taddei Roxana, Gauche Karine, Morquin David, Bourret Rodolphe (2015) « La capacité d'appropriation, une capacité organisationnelle immatérielle négligée dans l'adoption des systèmes d'information et de gestion. », *Innovations*, Vol. 2, n° 47, pp. 79-100.
- OMS (1978) Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires (Alma-Ata) Déclaration d'Alma-Ata, OMS (IS@DD 03/02/2012).
- OMS (1981) « Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 », OMS (IS@DD, 07/02/2012).
- OMS (1986) « Vers une nouvelle santé publique », Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé (Ottawa) (IS@DD, 28/02/2012).
- OMS (1996) « La Charte de Ljubljana sur la réforme des systèmes de santé », OMS, Documents politiques.
- OMS (1997) « Quatrième Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé (Jakarta) », Déclaration de Jakarta (IS@DD, 20/03/2012).
- OMS (2003) « Plan d'action : Ce – Grandes orientations – C7 : Les applications TIC et leur apport dans tous les domaines », site Internet.
- Om (2004) « Déclaration de principes : Construire la société de l'information : un défi mondial pour le nouveau millénaire », Document WSIS-03/GENEVA/DOC/4-F. Site Internet.
- OMS (2005) « Observatoire mondial de la Cyber-santé », 2005, OMS Genève.
- OMS (2011) Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, Rio de Janeiro, OMS (IS@DD, 09/03/2012).
- OMS (2015) « Obésité et surpoids », OMS, Aide-mémoire n° 311, janvier 2015
- OMS (2015) « Systèmes de santé », Site Internet. Thèmes associés : <http://www.who.int/healthsystems/topics/fr/>.
- OMS (2015) « Systèmes de santé, Prestation de services intégrés », Site Internet. Il existe par ailleurs une revue spécialisée dédiée à cette approche, l'International Journal of Integrated care.
- Or Zeynep (2009) « 7. Pourquoi et comment évaluer la performance des systèmes de santé ? », In Pierre-Louis Bras et al. *Traité d'économie et de gestion de la santé* Presses de Sciences Po « Hors collection », 2009 p. 75-82.
- OrangeHealthcare (2014) « Le boom des objets connectés en santé », Orange, site Internet, à voir dans Médias - Infographies et Média – Communiqués de presse.
- Orlikowski Wanda J. (1992) "The duality of technology: rethinking the concept of technology in organizations", *Organization Science*, Vol. 3, n° 3.
- Ortigue Edmond (2015) « Empirisme », *Encyclopædia Universalis*, en ligne.
- Paillet Anne (2009) « 29. Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical. », *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte, « Recherches ».
- Palmieri John J., Stern Theodore A. (2009) "Lies in doctor patient relationships", *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 11, issue 4, pp. 163 :188
- Papanicolas Irene, Smith Peter C. (2010) "EuroREACH Framework for Health System performance Assessment", EuroREACH project, draft report.
- Papp et al. (2010) "Strategic Information technology: Opportunities for Competitive Advantage," Idea Group Publishing.

- Papp Raymond (2004) "Assessing Strategic Alignment in real time", *Journal of Informatics Education Research*.
- Paquot Thierry (2009) « L'espace public », Paris, La Découverte « Repères ».
- Parachini Andréa (2011) « Laboratoires pharmaceutiques – La falaise des brevets. La réponse des laboratoires devant la montée des génériques », *Le Nouvel Économiste*, n° 1592 – Version Internet.
- Paris Valérie, Dervaux Marion, Wei Lihan (2010) "Health Systems Institutional Characteristics: A survey of 29 OECD countries", OECD.
- Pascal Blaise « Pensées », chapitre 4, « La Raison de l'homme, entravée dans la connaissance de la vérité par les sens, les maladies, l'intérêt, le sentiment et la difficulté même des choses à connaître », article VIII « Connaître les parties et le tout », in Guthlin Aloïse. (1896) « Les pensées de Pascal : reproduites d'après le texte autographe, disposé selon le plan primitif et suivies des Opuscules/édition philosophique et critique, enrichie de notes et précédée d'un Essai sur l'apologétique de Pascal », P. Lethielleux (Paris).
- Patterson Linda J. (2010) "Care closer to home—a changing role for physicians," *Clinical medicine*, Vol. 10, n° 1: 4–5.
- Pavé François (2012) « La dérégulation endogène du système français de médecine libérale », *Politiques et management public*, Vol. 29/2.
- Penelaud Olivier (2010) « Le paradigme de l'énaction aujourd'hui. Apports et limites d'une théorie cognitive " révolutionnaire " », *PLASTIR*, n° 18.
- Perriault Jacques, Proutheau Stéphanie, Kleinpeter Édouard, Pena-Vega Alfredo, Le Moigne Jean-Louis (2001) « L'exercice de la pensée complexe permet l'intelligence des systèmes complexes. », *Hermès, La Revue*, n° 60, pp. 157-163.
- Pesqueux Yvon (2010) « Institution & Organisation », *CNAM – LIPSOR, Hals – Archives ouvertes*.
- Picard Dominique (1992) « De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles », *Communication et langages*, Vol. 93, n° 1, pp. 69-83.
- Picker Institute (2011) "Always events. Creating an optimal patient experience," Oct 2011, Site Internet.
- Pinheiro Eduardo, Weber Wolf-Dietrich, Barroso Luiz André (2007) "Failure Trends in a Large Disk Drive Population" in : *Proceedings of the 5th USENIX Conference on File and Storage Technologies (FAST' 07)*, February 2007. pp. 17–23.
- Piveteau Denis (2012), « Un nouveau projet pour le secteur médico-social ? », in *Revue hospitalière de France*, n° 544, jan.-fév. 2012.
- Pouvreau David (2013) « Une histoire de la " systémologie générale " de Ludwig Von Bertalanffy. Généalogie, genèse, actualisation et postérité d'un projet herméneutique. », *History, Philosophy and Sociology of Sciences*, École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS).
- Pr Druais Pierre-Louis (2015) « La place et le rôle de ma médecine générale dans le système de santé », ministère de la Santé.
- Principes de l'expérimentation, exposés dans son ouvrage « Discours concernant deux sciences nouvelles », 1638, Troisième journée.
- Proulx Serge (2005) « Penser les usages des technologies de l'information et de la communication aujourd'hui : enjeux – modèles – tendances », in Lise Vieira et Nathalie Pinède, éd., *Enjeux et usages des TIC : aspects sociaux et culturels*, Tome 1, Presses universitaires de Bordeaux, pp. 7-20.

- Proulx Serge (2006) « Pour comprendre l'usage des objets communicationnels (re) penser le constructivisme. Signe, culture et lien social à l'ère des réseaux », *Degrés*, n° 126-127, Bruxelles, pp. B1-B18.
- Proulx Serge (2015) « La sociologie des usages, et après ? », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, Vol. 6.
- Putman Janis R. (2000) "Architecting with RM-ODP", Prentice Hall.
- Ram Sudha, Jung Hyung-Shik (1991) "'Forced' adoptions of innovation: Consequences and implication", *Journal of Product Innovation Management*, Vol. 8, Issue 2, pp. 117-126, June 1991.
- Ramos Jean-Marc (2008) « Les années temporalistes : vers une science des temps ? », in De Terssac Gilbert et Tremblay Diane-Gabrielle, « Où va le temps de travail ? », Toulouse, Octares Éditions, pp. 259-269.
- Ratzan Scott C. (1996) "The status and scope of health communication", *Journal of Health Communication*, Vol. 1, issue 1, pp. 25-42.
- Reichert Peter L. (1987) "Preparing for change: concepts and education in medical informatics", *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, Vol. 25, pp. 89-102.
- Riccucci Norma M. (2008) "The Logic of Inquiry in the Field of Public Administration" in: *Handbook of Research Methods in Public Administration*, Miller Gerald J & Yang Kaifen, Second Edition.
- Ricoeur Paul (1975) « Les cultures et le temps », Payot.
- Rochaix Lise (1997) « Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », in : *Économie & prévision*, n° 129-130, 1997-3-4. Nouvelles approches micro-économiques de la santé, pp. 11-24.
- Rodhain Florence (2008) « Avec les technologies de l'information et de la communication, moins de pollution », in *Petit bréviaire des idées reçues en management*, Paris, La Découverte, « Cahiers libres », p. 249 : « Les TIC remplacent le papier ».
- Rodhain Florence, Desq Sylvie, Fallery Bernard, Girard Aurélie (2010) « Une histoire de la recherche en Systèmes d'Information à travers 30 trente ans de publications », *Entreprises et Histoire*, Vol. 3, n° 60, p. 78-97.
- Rogers Everett (1986) "Communication Technology: The New Media in Society", Free Press.
- Rogers Everett M. (1962, 1971, 1983, 1995, 2003) "Diffusion of innovation", Free Press, 2003 pour la 5e édition.
- Rollandain Philippe (2015) « Sécurité Sociale : la révolution du financement prédictif », *La Lettre de Galilée*, Site Internet, 19 oct. 2015.
- Romeyer Hélène (2008) « TIC et santé : entre information médicale et information de santé », *Tic & société*, Vol. 2, n° 1.
- Ross Ashby William (1957) "An introduction to Cybernetics" Chapman & Hall, 2nd Ed.
- Rot Gwenaële, Borzeix Anni, Demaziere Denis (2014) « Introduction : Ce que les écrits font au travail », *Sociologie du travail*, Vol. 56, issue 1, pp. 4-15.
- Rumelhard Guy (1995) « La fonction négative dans les sciences de la vie et de la terre », *ASTER* no 21, Enseignement de la géologie, INRP.
- Saint-Léger Guy (2009) « Intégration des usages en phase post-projet avancée : Le risque de glissement de fonction », 14e conférence de l'AIM, Marrakech.
- Saint-Léger Guy, Beeler Betty (2013) « Émergence d'une culture négociée dans le cadre des projets ERP », *Management & Avenir*, Vol. 53, pp. 54-71.

- Saint-Léger Guy, Zardet Véronique (2013) « Contribution du concept SIOPHIS à la stabilisation d'une activité ERP », 17e Colloque de l'AIM.
- Saint-Pierre Michèle et Gauthier Jacques-Bernard (2011) « Les conditions de passage de l'action en réseau à un réseau en action dans le secteur de la santé », *La Revue des Sciences de Gestion*, n° 251, p. 31-36.
- Sandoss Ben Abid-Zarrouk (2012) « Innovations pédagogiques, incertitude et biais cognitifs », *Recherches & éducations*, n° 6, juin 2012.
- Sannino Annalisa, Daniels Harry, Gutiérrez Kris D.(2009) "Learning and expanding with activity theory." Cambridge University Press.
- Sarradon-Eck Aline (2002) « La rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social. », *La revue du praticien, Médecine Générale*, Vol. 16, pp.938-943.
- Sauvy Alfred (1954) « La théorie générale de la population – Vol. II : Biologie sociale », *Bibliothèque de sociologie contemporaine*, Paris, Presses Universitaires.
- Schaller Philippe, Gaspoz Jean-Michel (2008) « Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique », *Revue médicale Suisse*, n° 272, pp. 2034-2039.
- Schein Edgar H. (1985, 1992, 2004, 2010) "Organizational culture and leadership" The Jossey-Bass Business & Management Series, 4th edition.
- Schoen Cathy, Osborn Robin, Squires David et al. (2011) "New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated." *Health Affairs*, Vol. 30, n° 12, pp. 2437-2448.
- Scott R. Richard (2013) "Institutions and Organizations: Ideas, Interests, and Identities", SAGE Publications Inc., 4th revised edition.
- Scott Richard W. (2003) "Institutional carriers: reviewing modes of transporting ideas over time and space and considering their consequences", *Industrial and Corporate Change*, Vol. 12, n° 4, pp. 879-894.
- Sécurité Sociale (2011, 2013) « Dossier : La réforme de l'assurance maladie de 2005 », Sécurité Sociale, site Internet, 02/05/2011 - mis à jour : 06/09/2013.
- Sefiane Imane (2015) « La " société de l'information " : entre résurgence et oubli d'un concept cybernétique », *Études de communication*, n° 44.
- Senge Peter M. (1990) "The fifth discipline: the art and practice of the learning organization", Currency Doubleday, New York, chap. 4, p. 57 et suiv. pour l'édition de 1990
- Senge Peter M., Kleiner Art, Roberts Charlotte, Ross Richard B., Smith Bryan J. (2010) "The Fifth Discipline Fieldbook", Nicholas Brealey Publishing, réédition.
- Sesam-Vitale (2015) « Panorama du marché des éditeurs de logiciels pour les professionnels de santé en exercice libéral », Sesam-Vitale, Site Internet.
- SFMG (2007) « Sociologie et anthropologie : Quels apports pour la médecine générale ? », in *Documents de recherche en médecine générale*, Société française de médecine générale, n° 67, novembre 2007.
- Shakarishvili George, Atun Rifat, Berman Peter, Hsiao William, Burgess Craig, Lansang Mary Ann (2010) "Converging Health Systems Frameworks: Towards a Concepts-to-Action Roadmap for Health Systems Strengthening in Low and Middle Income Countries", *Global Health Governance*, Vol. III, n° 2 (spring 2010), <http://www.ghgj.org>.
- Sharf Barbara F., Street Richard I. (1997) "The Patient as a Central Construct: Shifting the Emphasis", *Health Communication*, Vol. 9, issue 1, pp. 1-11.

- Sicart Daniel (2013) « Les médecins au 1er janvier 2013 », DREES, Document de travail, Série statistique, n° 179, 15 mai 2013.
- Sicart Daniel (2014) « Les professions de santé au 1er janvier 2014 », Document de travail, Série Statistiques, n° 189, DREES, juin.
- Simon Pierre, Lucas Jacques (2013) « La télémédecine, ce n'est pas du e-commerce », Antel.
- Sood Sanjay P., Keeroo Sandhya, Mbarika Victor W.A., Prakash Nupur, Seth Ankur (2009) "Medical Informatics: Thirty-Six Peer-Reviewed Shades." In Handbook of Research on Distributed Medical Informatics and E-Health, ed. Lazakidou Athina A. and M. Siassiakos Konstantinos M., Chap 1, pp. 1–16.
- Sparks Lisa (2014) "Health Communication and Care giving Research, Policy, and Practice" in Talley & Travis (ed.). "Multidisciplinary Coordinated Care giving: Research - Practice - Policy," Springer-Verlag, p. 131.
- Sperber Dan, Wilson Deirdre (1989) « La pertinence : communication et cognition », Éditions de Minuit, Collection « Propositions ».
- Staii Adrian (2012) « La fabrique sociale : autonomisation et légitimation dans le domaine de l'information de santé », Netcom, n° 26 – 1/2.
- Stamane Anne-Sophie (2015) « Téléconsultation, Axa se lance dans la médecine », QueChoisir, site Internet, 1er juin 2015.
- Steffen Monika (1987) « Les médecins et l'État en France », in : Politiques et management public, Vol. 5, n° 3.
- Steuten L. M. G., Vrijhoef H. J. M., Spreeuwenberg C. et al. (2002) "Participation of general practitioners in disease management: experiences from the Netherlands". International Journal of Integrated Care, Vol. 2.
- Steyer Véronique (2011) « Faire sens avec l'autre, faire sens de l'autre », XXe conférence de l'AIMS, 7-9 juin 2011, Nantes, France.
- Stiglitz Joseph E., Sen Amartya, Fitoussi Jean-Paul (2009) « Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social », ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi.
- Tabei Faben « L'enseignement à distance en Tunisie : Un nouveau dispositif universitaire en évolution » Groupe de Recherche sur les Enjeux de la Communication, Université Stendhal, Grenoble.
- Taylor James R. (1993) « La dynamique de changement organisationnel une théorie conversation/texte de la communication et ses implications », Communication et organisation, Vol. 3.
- Taylor James R., Van Every Elisabeth (2011) "The situated organization: case studies in the pragmatics of communication research", Taylor & Francis pour l'édition électronique, London, New York, Routledge Editions, 2010, pour l'édition papier.
- Terry Amanda L., Stewart Moira, Fortin Martin, Wong Sabrina T. and al. (2014) "Gaps in Primary Healthcare Electronic Medical Record Research and Knowledge: Findings of a Pan-Canadian Study," Healthcare Policy, n° 10 (1), pp. 46–59.
- Tesnière Lucien (1959) « Éléments de syntaxe structurale », Paris, Klincksieck.
- Thiebaut Georges-Charles, Champagne François, Contandriopoulos André-Pierre (2015) « Les enjeux de l'évaluation de la performance : Dépasser les mythes » Canadian Public Administration, Vol. 58, n° 1, pp. 39-62.
- Thuderoz Christian (2010) « Sociologie des entreprises. Troisième édition », La Découverte

- Touraine Marisol (2013) « Présentation du Pacte de confiance à l'hôpital. Discours de Marisol Touraine. Lundi 4 mars 2013 », ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 4 mars 2013.
- Trevino Len J., Thomas Douglas E., Cullen John (2008) "The three pillars of institutional theory and FDI in Latin America: An institutionalization process", *International Business Review*, Vol. 17, n° 1, pp. 118-133.
- Trinquécoste Jean-François, Bidan Marc (2011) « Regards croisés sur le processus d'appropriation des Technologies de l'Information et de la Communication », *Management & Avenir*, n° 45, pp. 175-178.
- Trosa Sylvie (2012) « Le Top-Down et le Bottom-Up : Quand le changement par le haut ne pense pas se suffire à lui-même », in la crise du management public, Bruxelles, De Boeck Supérieur, « Méthodes & Recherches », p. 113.
- URPS Franche-Comté (2013) « Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients », URPS-ML Franche-Comté.
- URPS Île-de-France (2015) « Rendez-vous médicaux non honorés. Demandes de soins non programmés. État des lieux et solutions. Enquête auprès des médecins libéraux d'Île-de-France ». URPS ML IdF, Commission d'accès aux soins, juin 2015.
- URPS Rhône-Alpes (2015) « Systèmes d'information : PASCALINE, les projets portés par l'URPS Méd RA », URPS Rhône-Alpes, Site Internet, Maj. : 9 juillet 2015.
- URPS Rhône-Alpes (2015) « Territoire de Soins Numérique (TSN), un projet national », URPS Rhône-Alpes, Site Internet, Maj. 26 mai 2015, intégré dans le cluster I-Care.
- Vacher Béatrice (2009) « Articulation entre communication, information et organisation en SIC », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, Vol. 2009/1, pp. 119-143.
- Vacher Béatrice (2009) « Articulation entre communication, information et organisation en SIC », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, Vol. 2009/1, pp. 119-143.
- Valenduc Gérard (2007) « L'évaluation sociétale des TIC : quelques réflexions sur 25 ans de technology assessment », *Tic & société*, Vol. 1, n° 1.
- Van der Lei Johan (2002) "Closing the loop between clinical practice, research and education: The potential of electronic patient record", *Methods of Information in Medicine*, Schattauer Publishers, Vol. 1/2002.
- Van Holmen. Horton Richard (2012) "Offline: One day in Brussels", *The Lancet*, Vol. 379 February 18, 2012.
- Van Olmen Josefiën, Marchal Bruno, Van Damme Vim, Kegels Guy, Hill Peter S. (2012) "Health systems frameworks in their political context: framing divergent agendas", *BMC Public Health* 12, n° 1 (2012): 774.
- Vanderford, Marsha L., Jenks Elaine B., Sharf Barbara F. (1997) "Exploring patients' experiences as a primary source of meaning.", *Health Communication*, Vol. 9, issue 1, pp. 13-26.
- Vedel Thierry (1994) « Sociologie des innovations technologiques des usagers : introduction à une sociopolitique des usages. », in : *Médias et nouvelles technologies. Pour une sociopolitique des usages*, Édition Apogée, pp. 13-43.
- Venkatesh Viswanath, Bala Hillol (2008) "Technology acceptance model and a research agenda on interventions", *Decision sciences*, Vol. 39, n° 2, pp. 273-315.
- Venkatesh Viswanath, Davis Fred D. (2000) "A theoretical extension of the technology acceptance model: Four longitudinal field studies", *Management science*, Vol. 46, Issue 2, pp. 186-204.

- Venkatesh Viswanath, Morris Michael G., Davis Gordon B., Davis Fred D. (2003) "User acceptance of information technology: Toward a unified view", *MIS Quarterly*, Vol. 27, n° 3, pp. 425-478.
- Venter Craig et al. (2001) "The Sequence of the Human Genome," *Science*, Vol. 291
- Véret Michel (2006) « Architecture et Urbanisation des systèmes d'information de production de soins », GMSIH, étude disponible sur le site Internet de l'ANAP.
- Véret Michel (2007) « Élaboration du schéma directeur du système d'information », GMSIH, étude disponible sur le site Internet de l'ANAP.
- Véret Michel, Bernard Claude (2013) « Santé et dialogue social : Les personnels non médicaux », Presses de l'EHESP.
- Véret Michel, Bidan Marc (2013) « Quels sont les facteurs de succès ou d'échec dans la mise en œuvre du dossier patient électronique ? Une comparaison des situations entre 2003 et 2012. », AIM 2013.
- Véret Michel, Bidan Marc, Grenier Corinne (2014) « Comment appréhender l'intégralité des flux informationnels dans le cas du dossier patient électronique en explorant les avis sur les réseaux sociaux professionnels via le logiciel libre Iramuteq ? », AIM 2014.
- Vermeulen Franck (1997) « Chercheurs, consultants : le dialogue impossible ? », Séminaire « Confidences » École de Paris du management, séance du 18 mars 1997, Site Internet.
- Vest Joshua R. (2012) "Health information exchange: national and international approaches" in *Health Information Technology in the International Context*, Menachemi Nir et al., Emerald, Vol. 12, pp. 3-24.
- Vézinat Nadège (2012) « La construction du social », Jacquemin Anne (2012) « Marc Loriol, la construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique »
- Vidaillet Bénédicte (2009) « Le sens de l'action : Socio psychologie de l'organisation », Vuibert.
- Vidaillet Bénédicte, d'Estaintot Véronique, Abecassis Philippe (2005) « La décision », De Boeck Supérieur, « Méthodes & Recherche ».
- Vidal Geneviève (2012) « La sociologie des usages : continuités et transformations », Hermès Lavoisier.
- Vidal-Cnom (2015) « 3e baromètre Vidal-Cnom : l'utilisation des Smartphones chez les médecins », Communiqué de presse Vidal, 12 février 2015.
- Vinck Dominique (2003) « L'instrumentation du travail interdisciplinaire : cadrage des échanges et médiation par les objets intermédiaires », *Esprit Critique, Revue internationale de sociologie et de sciences sociales*, Vol. 5, n° 1, site Internet.
- Vinck Dominique (2009) « De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière. Vers la prise en compte du travail d'équipement », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 3, n° 1, pp. 51-72.
- Vitalis André (1994) « La part de citoyenneté dans les usages », in : *Médias et nouvelles technologies. Pour une sociopolitique des usages*, Vitalis André (sous la direction de), Éditions Apogée, pp. 35-44.
- Wager Karen, Wickham Lee Frances, Glaser John P. (2005) "Managing healthcare information systems. A practical approach for healthcare executives," Jossey-Bass, p. 140.

- Wakefield Jérôme C. (2006) « Faits et valeur dans le concept de trouble mental : le trouble en tant que dysfonction préjudiciable », *Philosophie et psychopathologie*, Volume 33, numéro 1, printemps 2006, pp. 37-63, traduite par Cloutier Sébastien.
- Wakefield, Jerome C. (1992) "Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R definition of mental disorder", *Psychological Review*, Vol. 99 (2), Apr 1992, pp. 232-247.
- Wakefield, Jerome C. (1992) "The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values", *American Psychologist*, Vol. 47 (3), Mar 1992, pp. 373-388.
- Walsh Isabelle, Renaud Alexandre (2010) « La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit. Application à un cas de fusion-acquisition nécessitant un changement de Système d'Information ,» *Management & Avenir*, Vol. 9, n° 39, pp. 283-302.
- Weeb Lawrence L. (1968) "Medical records that guide and teach", *New England Journal of Medicine*, Vol. 278.
- Weick Karl (2009) "Making Sense of the Organization", Vol. 2, Wiley.
- Weisbrod Burton A. (1991) "The healthcare quadrilemma: an essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care and Costs Containment", *Journal of Economic Literature*, Vol. 29, issue 2 (jun. 1991), p. 523:555.
- Wenger Étienne (1998) "Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity", Cambridge: Cambridge University Press.
- Wildavsky Aaron (1983) "Information as an organizational problem", *Journal of management studies*, Vol. 20, Issue 1, pp. 29-40.
- Wildavsky Aaron (1995) "But Is It True? A Citizen's Guide to Environmental Health and Safety Issues," Cambridge, Massachusetts and London, England, Harvard University Press.
- Wilson Thomas D. (2008) "Activity Theory and Information Seeking", *Annual Review of Information Science and Technology*, Vol. 42, Issue 1, pp. 119-161.
- Wixom Barbara H., Todd Peter A. (2005) "A Theoretical Integration of User Satisfaction and Technology Acceptance", *Information systems research*, Vol. 16, n° 1, pp. 85-102.
- Wright Mills Charles (1959) "The sociological imagination", Oxford University Press.
- WSIS Forum 2012 "Outcome Document (Draft 1.0)", Site Internet.
- Zins Chaim (2007) "Conceptual approaches for defining data, information, and knowledge", *Journal of the American society for information science and technology*, Vol. 58, n° 4, pp. 479-493.
- Zoller Heather K., Kline Kimberly N. (2008) "Theoretical contributions of interpretative and critical research in health communication", in Beck Christina (Ed.), *Communication Yearbook*, Vol. 32, chap. 3, pp. 89-136. New York: Routledge Editions.

Annexes

A Des parcours et des interventions

Ces trois années nous ont permis de rencontrer des personnes dans différentes situations, différents endroits, du bureau feutré d'un grand immeuble en passant par une salle de garde ou le bureau d'un praticien libéral. Nous avons marqué sur la carte proposée ci-après les différents lieux de nos rencontres.

Figure 62 : Contacts et interventions (ronds rouges)



B Les Examens classants nationaux, une évolution dans le temps

Selon les analyses de la DREES, il est possible de regrouper ces différentes spécialités en grands groupes d'attractivité, résultant des choix effectués à l'issue de l'Examen classant national :

Tableau 11 : ECN Attractivité par groupes de spécialités (2012)

| Disciplines/Spécialité | Rang du premier affecté (hors CESP) | Rang du dernier affecté (hors CESP) | Indicateur d'attractivité | Groupe |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--------|
| Radiodiagnostic et imagerie médicale | 20 | 2 627 | 0,13 | 1 |
| Ophthalmologie | 14 | 2 835 | 0,13 | |
| Cardiologie et maladies vasculaires | 3 | 3 048 | 0,14 | |
| Dermatologie et vénéréologie | 1 | 2 771 | 0,14 | |
| Néphrologie | 5 | 4 426 | 0,16 | |
| Médecine interne | 23 | 4 528 | 0,18 | |
| Gastro-entérologie et hépatologie | 11 | 3 381 | 0,18 | |
| ORL et chirurgie cervico-faciale | 152 | 3 529 | 0,21 | |
| Rhumatologie | 183 | 3 611 | 0,24 | 2 |
| Médecine nucléaire | 312 | 3 197 | 0,25 | |
| Anesthésie – Réanimation médicale | 2 | 3 896 | 0,25 | |
| Neurologie | 18 | 4 289 | 0,26 | |
| Oncologie | 40 | 4 295 | 0,27 | |
| Pédiatrie | 13 | 4 762 | 0,30 | |
| Chirurgie générale | 44 | 4 399 | 0,30 | |
| Gynécologie obstétrique | 12 | 4 317 | 0,31 | |
| Neurochirurgie | 53 | 4 124 | 0,31 | |
| Anatomie et cytologie pathologique | 24 | 4 598 | 0,31 | |
| Gynécologie médicale | 442 | 4 546 | 0,31 | |
| Pneumologie | 32 | 4 477 | 0,32 | |
| Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques | 209 | 4 638 | 0,34 | |
| Hématologie | 104 | 5 292 | 0,35 | |
| Chirurgie orale | 1860 | 3 739 | 0,42 | |
| Médecine physique et de réadaptation | 322 | 5 510 | 0,48 | |
| Génétique médicale | 180 | 6 394 | 0,66 | 3 |
| Psychiatrie | 6 | 7 656 | 0,67 | |
| Biologie médicale | 901 | 7 427 | 0,67 | |
| Santé publique | 55 | 7 644 | 0,73 | |
| Médecine générale | 78 | 7 651 | 0,83 | |
| Médecine du travail | 1617 | 7 640 | 0,87 | |

Tableau 12 : Répartition globale des spécialités aux ECN 2013

| Rang | Spécialité | F | M | Total |
|------|--|------|------|-------|
| 1 | MG – Médecine générale | 2312 | 1365 | 3677 |
| 2 | PS – Psychiatrie | 314 | 189 | 503 |
| 5 | AR – Anesthésie-réanimation | 160 | 257 | 417 |
| 6 | CH – Chirurgie générale | 150 | 263 | 413 |
| 3 | PE – Pédiatrie | 247 | 53 | 300 |
| 7 | ME – Radiodiagnostic et imagerie médicale | 86 | 126 | 212 |
| 4 | GO – Gynécologie-obstétrique | 172 | 38 | 210 |
| 10 | ME – Cardiologie et maladies vasculaires | 75 | 107 | 182 |
| 12 | CH – Ophtalmologie | 66 | 64 | 130 |
| 11 | ME – Oncologie | 72 | 53 | 125 |
| 16 | ME – Médecine interne | 57 | 57 | 114 |
| 9 | ME – Gastro-entérologie et hépatologie | 78 | 35 | 113 |
| 14 | MT – Médecine du travail | 62 | 46 | 108 |
| 15 | ME – Neurologie | 58 | 46 | 104 |
| 20 | ME – Pneumologie | 49 | 53 | 102 |
| 17 | BM – Biologie médicale | 53 | 44 | 97 |
| 8 | ME – Dermatologie et vénéréologie | 80 | 13 | 93 |
| 18 | ME – Médecine physique et de réadaptation | 53 | 36 | 89 |
| 21 | CH – Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale | 43 | 44 | 87 |
| 19 | ME – Rhumatologie | 50 | 34 | 84 |
| 22 | ME – Néphrologie | 43 | 34 | 77 |
| 24 | SP – Santé publique | 39 | 37 | 76 |
| 13 | ME – Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques | 62 | 9 | 71 |
| 25 | ME – Anatomie et cytologie pathologique | 33 | 35 | 68 |
| 26 | ME – Hématologie | 26 | 22 | 48 |
| 23 | GM – Gynécologie médicale | 40 | 1 | 41 |
| 28 | ME – Médecine nucléaire | 10 | 24 | 34 |
| 27 | ME – Génétique médicale | 10 | 10 | 20 |
| 29 | CH – Neurochirurgie | 6 | 12 | 18 |
| 30 | CH – Chirurgie orale | 5 | 4 | 9 |

Ce regroupement ne doit pas masquer des disparités de choix en fonction notamment du sexe⁵⁷⁷.

⁵⁷⁶ Origine des données : Légifrance (2013) « Arrêté du 23 octobre 2013 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2013-2014 » [Site Internet](#).

⁵⁷⁷ Origine des données : Légifrance Ibid. Voir aussi les informations par année sur le site Internet : www.remede.org « Poste et rangs pour les ECN 2014 ».

Tableau 13 : Répartition des spécialités, hommes et femmes (en nombre, ECN 2013)

| Rang | Spécialités | F | Spécialité | H |
|------|--|------|--|------|
| 1 | MG – Médecine générale | 2312 | MG – Médecine générale | 1365 |
| 2 | PS – Psychiatrie | 314 | CH – Chirurgie générale | 263 |
| 3 | PE – Pédiatrie | 247 | AR – Anesthésie-réanimation | 257 |
| 4 | GO – Gynécologie-obstétrique | 172 | PS – Psychiatrie | 189 |
| 5 | AR – Anesthésie-réanimation | 160 | ME – Radiodiagnostic et imagerie médicale | 126 |
| 6 | CH – Chirurgie générale | 150 | ME – Cardiologie et maladies vasculaires | 107 |
| 7 | ME – Radiodiagnostic et imagerie médicale | 86 | CH – Ophtalmologie | 64 |
| 8 | ME – Dermatologie et vénérologie | 80 | ME – Médecine interne | 57 |
| 9 | ME – Gastro-entérologie et hépatologie | 78 | ME – Oncologie | 53 |
| 10 | ME – Cardiologie et maladies vasculaires | 75 | ME – Pneumologie | 53 |
| 11 | ME – Oncologie | 72 | PE – Pédiatrie | 53 |
| 12 | CH – Ophtalmologie | 66 | ME – Neurologie | 46 |
| 13 | ME – Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques | 62 | MT – Médecine du travail | 46 |
| 14 | MT – Médecine du travail | 62 | BM – Biologie médicale | 44 |
| 15 | ME – Neurologie | 58 | CH – Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale | 44 |
| 16 | ME – Médecine interne | 57 | GO – Gynécologie-obstétrique | 38 |
| 17 | BM – Biologie médicale | 53 | SP – Santé publique | 37 |
| 18 | ME – Médecine physique et de réadaptation | 53 | ME – Médecine physique et de réadaptation | 36 |
| 19 | ME – Rhumatologie | 50 | ME – Anatomie et cytologie pathologique | 35 |
| 20 | ME – Pneumologie | 49 | ME – Gastro-entérologie et hépatologie | 35 |
| 21 | CH – Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale | 43 | ME – Néphrologie | 34 |
| 22 | ME – Néphrologie | 43 | ME – Rhumatologie | 34 |
| 23 | GM – Gynécologie médicale | 40 | ME – Médecine nucléaire | 24 |
| 24 | SP – Santé publique | 39 | ME – Hématologie | 22 |
| 25 | ME – Anatomie et cytologie pathologique | 33 | ME – Dermatologie et vénérologie | 13 |
| 26 | ME – Hématologie | 26 | CH – Neurochirurgie | 12 |
| 27 | ME – Génétique médicale | 10 | ME – Génétique médicale | 10 |
| 28 | ME – Médecine nucléaire | 10 | ME – Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques | 9 |
| 29 | CH – Neurochirurgie | 6 | CH – Chirurgie orale | 4 |
| 30 | CH – Chirurgie orale | 5 | GM – Gynécologie médicale | 1 |

En reprenant les résultats des ECN de 2010 à 2013⁵⁷⁸, on observe les évolutions présentées dans les figures suivantes. La sélection porte sur les résultats des 200 1ers choix de spécialités en fonction des résultats obtenus aux ECN de 2010 à 2013.

Principes de calculs retenus :

Sur les 200 premiers classés aux ECN, le choix du premier classé vaut 200, du second, 199, etc. le choix du 200e vaut 1. Le nombre de spécialités représentées correspond à l'ensemble des spécialités choisies parmi les 30 possibles pour les 200 premiers classés.

⁵⁷⁸ Origine des données : Légifrance pour l'ensemble des arrêtés de 2010 à 2013.

Le premier graphique représente l'ensemble des choix (hommes + femmes). Le second graphique représente les choix effectués par les femmes. Le troisième graphique, celui effectué par les hommes.

La répartition hommes femmes à l'examen classant national sur les années 2010, 2011, 2012, 2013 sont la suivante :

Tableau 14 : Répartition hommes et femmes, ECN toutes spécialités

| Année | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | |
|--------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|
| | 200 1ers | Tous | 200 1ers | Tous | 200 1ers | Tous | 200 1ers | Tous |
| Femmes | 56,00 % | 62,86 % | 62,00 % | 62,56 % | 57,00 % | 60,08 % | 49,50 % | 59,18 % |
| Hommes | 44,00 % | 37,14 % | 38,00 % | 37,44 % | 43,00 % | 39,92 % | 50,50 % | 40,82 % |

Figure 63 : ECN : Rangs relatifs des spécialités/200 1ers choix (hommes et femmes)

| Rang relatif 200 1er choix tous (H+F) / Années | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Progression Spécialité | Position Relative |
|--|------|------|------|------|------------------------|-------------------|
| Nombre de spécialités représentées | 25 | 23 | 23 | 23 | | |
| AR - Anesthésie-Réanimation | 11 | 4 | 4 | 3 | | |
| BM - Biologie médicale | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| CH - Chirurgie générale | 4 | 6 | 7 | 9 | | |
| CH - Neurochirurgie | 19 | 22 | 16 | 22 | | |
| CH - Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale | 12 | 20 | 21 | 17 | | |
| CH - Ophtalmologie | 9 | 5 | 3 | 7 | | |
| CH - Chirurgie orale | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| GM - Gynécologie Médicale | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| GO - Gynécologie-Obstétrique | 18 | 15 | 14 | 15 | | |
| ME - Anatomie et cytologie pathologique | 0 | 23 | 17 | 23 | | |
| ME - Cardiologie et maladies vasculaires | 3 | 3 | 1 | 4 | | |
| ME - Dermatologie et vénéréologie | 15 | 13 | 11 | 10 | | |
| ME - Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques | 13 | 17 | 0 | 20 | | |
| ME - Gastro-entérologie et hépatologie | 6 | 10 | 5 | 6 | | |
| ME - Génétique médicale | 21 | 0 | 22 | 0 | | |
| ME - Hématologie | 20 | 19 | 18 | 16 | | |
| ME - Médecine interne | 2 | 1 | 6 | 2 | | |
| ME - Médecine nucléaire | 22 | 21 | 0 | 0 | | |
| ME - Médecine physique et de réadaptation | 24 | 0 | 0 | 21 | | |
| ME - Néphrologie | 7 | 7 | 10 | 5 | | |
| ME - Neurologie | 10 | 11 | 8 | 8 | | |
| ME - Oncologie | 8 | 14 | 15 | 12 | | |
| ME - Pneumologie | 16 | 18 | 19 | 13 | | |
| ME - Radiodiagnostic et imagerie médicale | 1 | 2 | 2 | 1 | | |
| ME - Rhumatologie | 25 | 12 | 23 | 19 | | |
| MG - Médecine générale | 14 | 9 | 12 | 11 | | |
| MT - Médecine du travail | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| PE - Pédiatrie | 5 | 8 | 9 | 14 | | |
| PS - Psychiatrie | 17 | 16 | 13 | 18 | | |
| SP - Santé publique | 23 | 0 | 20 | 0 | | |

Figure 64 : ECN : Rangs relatifs des spécialités/200 1ers choix (Femmes).

| Rang relatif des 200 1er choix Femmes / Années | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Progression Spécialité | Position Relative |
|--|------|------|------|------|---------------------------|----------------------|
| Nombre de spécialités représentées | 23 | 21 | 23 | 22 | | |
| AR - Anesthésie-Réanimation | 9 | 4 | 10 | 5 | | |
| BM - Biologie médicale | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| CH - Chirurgie générale | 4 | 14 | 13 | 18 | | |
| CH - Neurochirurgie | 0 | 0 | 21 | 0 | | |
| CH - Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale | 15 | 19 | 20 | 14 | | |
| CH - Ophtalmologie | 12 | 6 | 2 | 4 | | |
| CH - Chirurgie orale | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| GM - Gynécologie Médicale | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| GO - Gynécologie-Obstétrique | 17 | 13 | 11 | 12 | | |
| ME - Anatomie et cytologie pathologique | 0 | 21 | 16 | 22 | | |
| ME - Cardiologie et maladies vasculaires | 7 | 3 | 3 | 15 | | |
| ME - Dermatologie et vénéréologie | 11 | 10 | 6 | 2 | | |
| ME - Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques | 13 | 15 | 0 | 16 | | |
| ME - Gastro-entérologie et hépatologie | 3 | 9 | 5 | 7 | | |
| ME - Génétique médicale | 19 | 0 | 22 | 0 | | |
| ME - Hématologie | 0 | 17 | 14 | 19 | | |
| ME - Médecine interne | 5 | 2 | 7 | 1 | | |
| ME - Médecine nucléaire | 20 | 0 | 0 | 0 | | |
| ME - Médecine physique et de réadaptation | 22 | 0 | 0 | 17 | | |
| ME - Néphrologie | 16 | 7 | 9 | 6 | | |
| ME - Neurologie | 10 | 16 | 12 | 10 | | |
| ME - Oncologie | 6 | 18 | 15 | 11 | | |
| ME - Pneumologie | 18 | 20 | 17 | 13 | | |
| ME - Radiodiagnostic et imagerie médicale | 1 | 1 | 1 | 3 | | |
| ME - Rhumatologie | 23 | 11 | 23 | 21 | | |
| MG - Médecine générale | 8 | 8 | 8 | 9 | | |
| MT - Médecine du travail | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| PE - Pédiatrie | 2 | 5 | 4 | 8 | | |
| PS - Psychiatrie | 14 | 12 | 18 | 20 | | |
| SP - Santé publique | 21 | 0 | 19 | 0 | | |

Figure 65 : ECN : Rangs relatifs des spécialités/200 1ers choix (Hommes).

| Rang relatif des 200 1er Choix Hommes / Année | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Progression Spécialité | Position Relative |
|--|------|------|------|------|---------------------------|----------------------|
| Nombre de spécialités représentées | 11 | 19 | 16 | 19 | | |
| AR - Anesthésie-Réanimation | 9 | 5 | 3 | 4 | | |
| BM - Biologie médicale | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| CH - Chirurgie générale | 5 | 3 | 4 | 6 | | |
| CH - Neurochirurgie | 9 | 17 | 11 | 16 | | |
| CH - Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale | 5 | 16 | 0 | 17 | | |
| CH - Ophtalmologie | 6 | 4 | 5 | 9 | | |
| CH - Chirurgie orale | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| GM - Gynécologie Médicale | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| GO - Gynécologie-Obstétrique | 11 | 11 | 0 | 18 | | |
| ME - Anatomie et cytologie pathologique | 0 | 0 | 14 | 0 | | |
| ME - Cardiologie et maladies vasculaires | 3 | 1 | 1 | 2 | | |
| ME - Dermatologie et vénéréologie | 0 | 15 | 13 | 19 | | |
| ME - Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques | 10 | 0 | 0 | 0 | | |
| ME - Gastro-entérologie et hépatologie | 9 | 13 | 10 | 7 | | |
| ME - Génétique médicale | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| ME - Hématologie | 7 | 0 | 0 | 11 | | |
| ME - Médecine interne | 2 | 2 | 7 | 3 | | |
| ME - Médecine nucléaire | 7 | 10 | 0 | 0 | | |
| ME - Médecine physique et de réadaptation | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| ME - Néphrologie | 2 | 8 | 8 | 5 | | |
| ME - Neurologie | 2 | 7 | 6 | 8 | | |
| ME - Oncologie | 3 | 9 | 12 | 13 | | |
| ME - Pneumologie | 3 | 12 | 0 | 10 | | |
| ME - Radiodiagnostic et imagerie médicale | 1 | 6 | 2 | 1 | | |
| ME - Rhumatologie | 0 | 14 | 0 | 14 | | |
| MG - Médecine générale | 2 | 18 | 16 | 12 | | |
| MT - Médecine du travail | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| PE - Pédiatrie | 1 | 0 | 15 | 0 | | |
| PS - Psychiatrie | 0 | 19 | 9 | 15 | | |
| SP - Santé publique | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

Notes relatives aux figures :

Nombre de spécialités représentées : il correspond aux nombres de spécialités différentes choisies parmi les 30 possibles pour les 200 premiers, pour les 200 premiers sans distinction, pour les 200 premières femmes classées et pour les 200 premiers hommes classés.

Le rang relatif des 200 premiers est calculé en fonction de la fréquence d'apparition d'une spécialité dans la liste des 30 spécialités possibles. Le poids du rang est dépendant du classement. Une valeur faible indique un choix prioritaire, une valeur élevée, un choix « secondaire ».

Progression spécialité : Cette colonne indique, pour une spécialité donnée, son évolution relative « inverse » sur les 4 dernières années. Par exemple, pour l'anesthésie-réanimation, cette spécialité progresse en ce qui concerne le 1er choix relatif par rapport aux autres spécialités, hommes et femmes confondus (tous).

Progression relative : Cette colonne indique le positionnement relatif de chaque spécialité par rapport à la liste des 30 spécialités possibles.

C Professions médicales et Santé, une approche historique

« Il y a des esprits aventureux, mais sincères, qui croient naïvement qu'il suffit d'un décret et d'une heure pour changer l'ordre des conditions sociales, pour réaliser quelque brillante chimère, et pour acclimater l'utopie sur un sol renouvelé. Mais les choses ne marchent pas ainsi : on n'emporte le succès qu'à force de labeur et de temps, et la civilisation n'avance qu'à pas comptés. Rien de ce qui doit grandir, rien de ce qui doit durer, n'éclot tout à coup et sans le secours des siècles. Seul le mal est rapide. Que de choses d'ailleurs, parmi les phénomènes de la vie sociale, échappent au législateur ! » Monnier Alexandre (1856) « L'assistance dans les temps anciens et modernes », 1856, Guillaumin et Cie, Paris (source : BNF)

C.I Introduction

Aborder la communication des professions médicales dans et pour la santé, que ce soit dans la fonction publique hospitalière ou dans le monde libéral, communication vue de ces professionnels, mais aussi des parcours dans lesquels elle prend forme et s'inscrit, ne peut se faire sans aborder la genèse de cette profession et sa structuration dans le temps, son institutionnalisation. Il est difficile de ne pas parler de professions au pluriel, la profession de médecin renvoyant à un ensemble de métiers, qui, s'ils partagent tous un savoir commun, se singularisent par leurs approches ou leurs spécialités, ce dès leurs longues études.

Selon Imbault (1984⁵⁷⁹), l'histoire de la médecine en France, entendue comme profession, mais aussi comme discours politique ou pratique sociale, est plus célèbre que connue. Malgré un intérêt soutenu tant de la part des chercheurs que du public, elle oscille entre *deux pôles ambigus* :

- Le culte des grands hommes et des grandes découvertes, certainement en lien avec le renouveau de l'intérêt historique des « grandes figures de la nation » à la fin du XIXe siècle, mais aussi de la place des grandes découvertes dans la vie quotidienne ;
- « *Les apports de l'histoire d'une science et d'une pratique dont les progrès incessants sont plus ressentis comme une série de ruptures par rapport à un passé devenu sans-objet que comme une continuité ou une évolution que le long terme peut éclairer*⁵⁸⁰ ».

Par rapport à cette dernière remarque, si les progrès de la technologie moderne ont conduit à un prodigieux accroissement de la science médicale et de ses thérapeutiques, augmentant la qualité et la durée de la vie, la constante mise à jour nécessaire des savoirs n'est souvent maîtrisée qu'au prix d'une hyperspécialisation. C'est notamment dans ce contexte que s'inscrit la communication autour de la santé d'un patient, mettant en relation des partenaires multiples. Cette hyperspécialisation conduit souvent à une approche « limitée » ou spécialisée à un organe, une fonction, une maladie (approche biologique), au détriment de démarches plus globales (dont les approches biopsychosociales, empiriques pour certaines), qui concourent à une amélioration de l'état du patient. Par exemple, l'acupuncture, maintenant utilisée en Occident, pose toujours des questions en neuroanatomie⁵⁸¹.

L'idée de l'accélération de l'histoire entraîne le développement de préjugés « anti historiques ». Pour certains, il est plus efficace de trouver un résultat par l'expérience plutôt

⁵⁷⁹ Imbault-Huart M.-J. (1994) « Histoire de la médecine. Luxe ou nécessité à la fin du XXe siècle ». In : Histoire, économie et société. 1984, 3e année, n° 4. Santé, médecine et politiques de santé. p. 629-640

⁵⁸⁰ Ibid. citation in extenso

⁵⁸¹ On peut aussi regarder avec intérêt l'émission d'Arte (2012) « Cancer et médecine ayurvédique », diffusée en juin 2012. [Site Internet](#)

que de faire au préalable une recherche bibliographique. Exemple est donné⁵⁸² de la découverte de la pénicilline par Alexander Flemming en 1928. Une thèse déposée à Lyon par Ernest Duchesne en 1897⁵⁸³ faisait état de l'antagonisme des moisissures et des « microbes »...

Un certain malaise diffus prend alors place. Comment maîtriser ces technologies en perpétuel changement ? Comment se les approprier, enraciner les savoirs, mais aussi relativiser ces changements, comment leur donner du sens ? Comment passer d'une médecine souvent tournée vers les professionnels à une approche « centrée » sur le patient en acceptant de communiquer, dans tous les sens du terme, de façon plus efficiente, tant pour le patient que pour le système de santé dans lequel tous évoluent ?

Il est difficile de parler de santé, de médecine et de communication sans aborder l'hôpital. L'hôpital est un objet d'étude paradoxal. [La médecine et surtout] « *Les institutions hospitalières ont toujours représenté un enjeu de pouvoir. Lors de l'instauration puis de l'affirmation de la royauté, les hôpitaux, alors nés de l'initiative du clergé catholique, ont été de plus en plus surveillés par les représentants du pouvoir central*⁵⁸⁴ ». S'il est le service public le plus apprécié des Français, les changements de pratiques ou d'organisation sont pour autant assimilés dans un relatif silence par les professionnels de santé. Pour ce qui est de la médecine de ville, le médecin généraliste est le point d'entrée dans le système de santé. Il occupe une place singulière, plus de 90 % des patients l'ayant choisi comme médecin traitant. Si notre système de santé est souvent érigé comme le « meilleur système de santé au monde » (OMS 2005⁵⁸⁵), il convient de garder à l'esprit les nombreux facteurs exogènes à l'hôpital, mais aussi à la médecine de ville, qui font fortement évoluer leurs missions et leurs organisations.

Les évolutions épidémiologiques, les « *nouvelles maladies* », l'évolution vers des « *pathologies (chroniques) modernes* », le changement des structures générationnelles de la population, les évolutions technologiques (diagnostics, traitements et soins), le poids de l'économie de la santé notamment, ont été des déterminants dans la formalisation des droits des patients et la recherche de nouvelles formes d'organisations. Ils influencent les conditions de vie et d'exercice du corps médical, mais ils interrogent aussi sur sa place dans la société.

Ce chapitre, bien qu'assez long, ne prétend nullement à l'exhaustivité. Il existe nombre d'ouvrages ou de publications sur l'histoire de la médecine, des soins, de la chirurgie, de la pharmacie, des techniques et traitements, des hôpitaux, de l'économie ou des politiques de la santé et de leur évolution et de leur place respective dans le paysage de la santé, auxquels le lecteur se reportera pour plus de complétude.

Il ne s'agit pas de retracer toute cette histoire particulièrement riche, mais de présenter succinctement, parallèlement à l'évolution des institutions hospitalières, l'évolution de la

⁵⁸² Imbault-Huart M-J, *Op. cit.*

⁵⁸³ *Les travaux d'Ernest Duchesne, loin d'être uniques, ont été ignorés par l'Institut Pasteur. Sur le fond, les Penicilliums correspondent à une famille de champignons (moisissures) aux vertus différentes en fonctions des souches. Nombres de découvertes, comme celles de Flemming, sont plus faites plus par sérendipité, terme générique cherchant à caractériser les « découvertes fortuites », que par l'ignorance manifeste et délibérée de travaux antérieurs.*

⁵⁸⁴ Clément Jean-Marie. (2010) « Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République », 2010, les études hospitalières, Bibliothèque du cercle des hospitaliers.

⁵⁸⁵ Publication de l'OMS : « Rapports sur la santé dans le monde » Site Internet : <http://www.who.int/whr/fr/>. Concernant la France, les différents rapports renvoient au rapport de 2000 (http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/) qui conclut ainsi : « ... L'analyse conclut que la France fournit les meilleurs soins de santé généraux, suivie notamment de l'Italie, de l'Espagne, d'Oman, de l'Autriche et du Japon... Aux États-Unis, le système de santé absorbe une part plus importante du produit intérieur brut que dans tout autre pays, mais sa performance le place en 37e rang. Le Royaume-Uni, qui consacre seulement six pour cent de son PIB aux services de santé, se place au 18e rang. Plusieurs petits pays – Saint-Marin, Andorre, Malte et Singapour se situent immédiatement derrière l'Italie, qui occupe la deuxième place... »

profession médicale, dans toutes ses acceptations, notamment ses grandes mutations à partir du XIXe siècle, pour essayer d'appréhender la situation globale de cette profession aux caractéristiques multiples, en y replaçant, tant que faire se peut, le rôle de la médecine, des différentes organisations syndicales associées et de leur évolution, notamment au sein de l'hôpital public.

Au vu de la richesse du paysage et de la singularité de certains de ses acteurs, nous espérons apporter un éclairage permettant de mieux comprendre certains enjeux de ces institutions, et, en tenant compte de l'histoire, comment aborder la communication dans la santé, vue au plus près des acteurs de ce système complexe qu'est le système de santé.

C.II De l'Antiquité à la fin de l'Ancien Régime

« La vérité, en médecine, est une moyenne qu'on ne peut atteindre ; tout ce que l'on peut lire dans les livres a beaucoup moins de valeur que l'expérience d'un médecin qui pense et raisonne [...]. La lecture ne fait pas le médecin, mais bien l'esprit critique et le talent d'appliquer à des cas particuliers les vérités dont il a connaissance. » Rhazès (Mohammed Ibn Zakaria al-Razi, Abu-Bakr, 865-932, médecin, chimiste et philosophe de l'ancienne Perse).

C.II.1 De l'importance des premiers écrits...

Si la tradition médicale s'inscrit dans l'oralité, ces premiers écrits prennent place dans des registres. Ils visent à recueillir le savoir médical et la connaissance aux seuls usages des médecins. Dans cette première partie, bien que ce soit fort passionnant, nous ne faisons qu'un survol de l'origine des écrits liés à la médecine dans son ensemble, de ses pratiques et de son positionnement, bien avant la construction de la médecine dite moderne ou occidentale.

Cette histoire débute par l'Égypte qui a abrité l'une des premières grandes civilisations maîtrisant les écrits. Cette connaissance a été la source de bien des développements ultérieurs. Notre histoire se poursuit par l'Asie qui a connu d'autres développements. Enfin, les échanges aidants, le Moyen-Orient ont été la source de nombre de découvertes au Moyen-âge, découvertes ayant servi de référence bien au-delà de leur époque.

D'autres traces plus anciennes d'interventions complexes, par rapport aux époques concernées, ont été retrouvées grâce aux fouilles archéologiques. En l'absence d'écrits identifiables et pérennes permettant de relater le début de cette épopée, les chercheurs ne peuvent qu'extrapoler leurs conclusions, à partir des informations fournies par les outils modernes d'investigation scientifique et d'analyse des objets, os, contenants ou outils exhumés lors de leurs fouilles. L'écrit reste donc la base de la transmission des connaissances, encore faut-il qu'ils puissent être correctement conservés, interprétés et compris.

C.II.2 Chez les Égyptiens...

Les premiers écrits relatifs à la médecine, prise dans son ensemble, remonteraient au XVIIIe siècle av. J.-C.⁵⁸⁶ L'exercice de la médecine égyptienne s'étend sur plus de 5 000 ans. Il existe

⁵⁸⁶ Ensemble de sources bibliographiques et d'informations disponibles sur Internet dont : Moutel Guy (2002), « La naissance de la profession médicale dans l'histoire occidentale », Faculté de médecine de l'hôpital Necker – Université Paris V. Mequignon-Marvis (1816, 2002) « Les Aphorismes d'Hippocrate par Hippocrate », septembre 2002, [Histoire de l'Anesthésie et de la réanimation](#), septembre 2002, Site Internet. Gourdol Jean-Yves « [Portraits de médecins. Médecine et médecins du monde](#) », site Internet. Bizard Frédéric (2012) « [Analyse historique et économique de la médecine libérale de la révolution à nos jours](#) », 13 avril 2012, site Internet. Hourdry Philippe, « L'omnipraticien : sa place dans la société depuis la Révolution française », 2006, thèse de doctorat en médecine, Archives nationales de France. SNAP-HP (2013) « Historique du syndicat SNAP-HP », SNAP-HP, [Site Internet](#). Crémieux François (2007) « Silence, on bouge ! », *Esprit*, p. 6-13. Olmer Fabienne (2009) « La médecine dans l'Antiquité : professionnels et pratiques », *Sociétés & Représentations*, n° 28, pp. 153-172. Gatelmand Raymond (2012) « [La chirurgie sacrifiée. 1938 – 2008 : 70 ans de souvenirs professionnels et syndicaux](#) », site Internet. Raymond Gatelmand est l'initiateur des « Cahiers de la chirurgie ». Carlioz Patrick (2013) « Du syndicalisme à la convention. L'histoire d'un long fleuve

une quinzaine d'écrits médicaux. L'un des plus importants, le papyrus dit « d'Ebers », découvert à Louxor en 1862, aurait été écrit entre le XVI^e et le XIV^e siècle av. J.-C., les dates variant selon les égyptologues. Il renferme des passages ayant trait à des connaissances médicales qui remonteraient à plus de 3000 ans av. J.-C. S'il comprend trois d'incantations principales destinées à protéger le médecin, il concerne plusieurs branches de la médecine égyptienne, très spécialisée, en décrivant des règles, des notions d'anatomie, des cas pathologiques et la pharmacopée égyptienne. Celle-ci fait référence à plus de 700 substances, la plupart végétales. L'approche reste néanmoins empirique.

Le traité sur le cœur place celui-ci au centre du système d'irrigation du corps, avec les vaisseaux (les *met*) attachés à tous les membres du corps. Les « *met* » assuraient aussi l'acheminement des « *Oukhedou* », éléments pathogènes et facteurs de douleurs qui étaient la cause de fièvres malignes et des inflammations qui s'introduisaient dans l'organisme en se glissant par le nez et par les oreilles. D'autres pathologies comme la dépression et la démence font l'objet de traités spécifiques, mais aussi la gynécologie (la contraception, le diagnostic de la grossesse...), les troubles intestinaux ou les affections de l'œil, ainsi que les traitements chirurgicaux des abcès et tumeurs, les fractures (réduction) et les brûlures. Ils se complètent de conseils d'hygiène et de diététique.

Le papyrus dit « d'Edwin Smith », découvert à Thèbes en 1862, serait le plus ancien document traitant de chirurgie en Égypte à l'époque du Nouvel Empire. Il décrit de façon détaillée des observations anatomiques et cliniques, des traumatismes et des traitements, dont les premiers traitements pour lutter contre les infections. Ce papyrus décrit 48 affections ou « cas cliniques », en lien avec les organes touchés, dont une description clinique du tétanos et de l'hémiplégie spasmodique. Ces descriptions résultent d'un grand nombre d'observations et fournissent les pronostics associés. Ce papyrus comprend les premières descriptions de sutures des plaies thoraciques. Sa traduction par James Henry Breasted en 1930 permit de démontrer que la médecine égyptienne ne se limite pas qu'à la magie. S'il existe 3 types de médecins, l'*Ouabou*, prêtre-exorciste, le *Saou*, à la fois magicien, sorcier et rebouteux et le *Sounou* tirant ses connaissances des livres et de sa pratique empirique, elle repose aussi sur une démarche rationnelle par les examens et les observations.

Initialement, l'acte thérapeutique repose en premier lieu sur une incantation, l'Égypte est une civilisation polythéiste, puis sur l'administration d'un remède. L'expérience aidant, les incantations furent peu à peu abandonnées au seul profit des remèdes, le clergé égyptien tolérant voire favorisant l'exercice de médecins « ordinaires ». La démarche diagnostique repose sur un déroulement précis :

- Posez des questions au patient, par étape, calmement ;
- Faites une enquête d'entourage ;
- Trouvez l'origine directe et indirecte de la souffrance ;
- Cherchez l'existence d'antécédents familiaux ;
- En cas de rechute, vérifiez si le traitement est convenablement pris ;
- Préparez un plan de soins, à court et moyen terme.

Il s'agit en premier lieu de calmer la souffrance puis de stopper son évolution et, enfin, de trouver une solution définitive. Diagnostic et prescription se confondent, le rapport comprenant à la fois les signes cliniques et la médication appropriée. L'exercice de la médecine est réglementé depuis Imhotep (le Roi Djoser, III^e dynastie), avec des règles

pas si tranquille », 1^{re} édition, disponible sur le [site Internet](#) de l'auteur. Binart-Écalé Hortense. (2012) « Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral », *Thèse* pour le diplôme d'État de docteur en médecine, soutenue le 30 novembre 2012 à Bobigny – université Paris-Nord. Wikipédia

éthiques bien définies réglementant la profession dont le lieu d'installation des centres de soins et leur surveillance, le contrôle de l'activité des *Sounous*, l'estimation du service rendu et, le cas échéant, l'action disciplinaire.

Diodore de Sicile, au 1er siècle av. J.-C., contemporain de Cléopâtre, aurait déclaré, « *Pour prévenir les maladies, les Égyptiens traitent le corps par des lavements ; par la diète et les vomitifs ; les uns emploient ces moyens journellement, les autres n'en font usage que tous les trois ou quatre jours. Car ils disent que l'excédent de la nourriture ingérée dans le corps ne sert qu'à engendrer des maladies, et c'est, selon eux, pour cette raison que le traitement indiqué enlève les principes du mal et maintient la santé. Dans les expéditions militaires et dans les voyages, tout le monde est soigné gratuitement, car les médecins sont entretenus aux frais de la société. Ils établissent le traitement des maladies d'après des préceptes écrits, rédigés et transmis par un grand nombre d'anciens médecins célèbres. Si, en suivant les préceptes du livre sacré, ils ne parviennent pas à sauver le malade, ils sont déclarés innocents et exempts de tout reproche ; si, au contraire, ils agissent contrairement aux préceptes écrits, ils peuvent être accusés et condamnés à mort, le législateur ayant pensé que peu de gens trouveraient une méthode curative meilleure que celle observée depuis si longtemps et établie par les meilleurs hommes de l'art.* »

Avec notre vision contemporaine du monde, sans intention péjorative aucune, cette organisation pourrait s'assimiler à un système de soins correspondant à un service public, contrôlé par les temples (écoles et lieux de savoirs). Il est accessible à tous, quelle que soit sa fortune (gratuité), et il est disponible à tout moment, dans tout le pays.

C.II.3 À la vallée de l'Indus...

Dans la vallée de l'Indus, 2500 ans av. J.-C., l'Ayurveda (de *āYur*, vie, et de *Veda*, connaissance de la vie), médecine holistique repose sur les Veda, les 4 textes les plus sacrés des hindous. Ils constituent l'un des premiers savoirs au monde mis par écrit. Ces textes furent rassemblés et repris en sanskrit en deux sous-ensembles : la *Caraka Saṃhitā Sūtra* (ou *Carakasamhitā*) qui aborde les concepts de l'Ayurveda, de la médecine ayurvédique avec ses méthodes de diagnostics et de traitements, ainsi que les plantes utilisées, et la *Suśruta Saṃhitā* qui traite d'anatomie et de chirurgie (chirurgie prothétique, plastique, chirurgie du cerveau, ou encore césarienne, et aussi les points vitaux, les *marmas*, qui correspondront ultérieurement aux points d'acupuncture en Chine).

C.II.4 En passant en Chine...

Les premiers écrits liés à la médecine traditionnelle chinoise (MTC⁵⁸⁷) remonteraient vers 3000 av. J.-C. Ils auraient commencé à être formalisés vers l'an 500 av. J.-C., mettant en relation l'homme et son environnement selon la perspective taïste. Débutant par la collecte de différentes techniques médicales d'origine populaire, elle a été théorisée dans le Huang Di Nei Jing, « *le Classique interne de l'Empereur jaune* », qui est un regroupement d'articles écrits sous le règne des Qin et des Han, entre le IIIe siècle av. J.-C. et le IIIe siècle apr. J.-C.

Les premières tentatives de greffe d'organe auraient été faites par Huá Tuó (110-207), l'un des grands chirurgiens de l'époque. Le « *Traité des vaisseaux sanguins et des pouls* » (Wáng Shūhé, 210-280) sera traduit en tibétain, en arabe et en persan pendant le Moyen-âge. Il influencera encore, par ses traductions en latin et en langues vulgaires occidentales, les pulsologues⁵⁸⁸ du XVIIe et XVIIIe siècle.

⁵⁸⁷ Sionneau Philippe (2011) « [Histoire succincte de la médecine chinoise](#) », site Internet (non daté)

⁵⁸⁸ Pour le médecin chinois, rien ne doit rester dans l'ombre lors de l'examen. Leur approche reposant sur la circulation de l'énergie vitale, les pulsations du sang (le pouls) étant la manifestation de la bonne ou mauvaise circulation de cette énergie. La prise des pouls (six au poignet droit, huit au poignet gauche, pression légère, intermédiaire et profonde) était le centre de l'examen du malade par le médecin, sans compter les autres observations. Cette approche continue son développement de nos

Sous la dynastie Sui (début de la réunification de la Chine), l'enseignement de la médecine chinoise devient officiel et à partir de 624. Les études sont sanctionnées par des examens d'État. Le Grand Service médical supervise les études de médecine et organise la recherche. De nombreuses maladies sont décrites systématiquement et précisément. Ce sont, par exemple, la lèpre, la variole, la rougeole, la gale, la dysenterie aiguë et chronique, le choléra, l'hydropisie, les maladies carencielles (béribéri, héméralopie, rachitisme, goitre), les maladies vénériennes, la tuberculose pulmonaire et osseuse, l'adénopathie cervicale, le diabète, les tumeurs...

Le premier codex pharmaceutique, le *Táng Běn Cǎo* (« *La matière médicale des Tang* ») est rédigé en 659 sur ordre impérial. C'est sous les Tang que les échanges avec l'Inde, la Perse et Byzance atteignent leur apogée. Cela conduit à l'introduction de nombreuses substances exotiques dans la pharmacopée chinoise. En 610, le « *Traité général sur l'origine et les signes cliniques de toutes les maladies* » est publié. Il est considéré comme le tout premier ouvrage à présenter systématiquement l'étiologie, la pathogénie et la symptomatologie des maladies. Il fut la référence en la matière durant une très longue période et influença le développement de la médecine chinoise. Ce livre fut un manuel d'étude obligatoire pour devenir médecin sous la dynastie Song (960-1279), marquée par nombre d'inventions (boussole, imprimerie, poudre à canon, mathématiques, biologie). La découverte de l'imprimerie à caractères mobiles permet une plus grande diffusion du savoir médical.

En 1174, la publication du « *Formulaire des maladies selon les trois causes* » (Chén Yán) est la première classification des maladies selon trois catégories : externes, internes, ni internes, ni externes. Elle influencera toutes les générations de médecins jusqu'à aujourd'hui.

La médecine légale fait son apparition en 1247 et entraîne le renouveau de l'anatomie.

En 1596, la publication du « *Compendium de la matière médicale* » représente l'une des plus importantes références en pharmacopée chinoise. La « *Collection du meilleur sur l'acupuncture et la moxibustion* » (Gāo Wǔ) publiée en 1529, décrit l'intégralité des points d'acupuncture.

Au début des années 1600, les Jésuites apportent la médecine occidentale. Elle sera réservée à l'Empereur, les textes consacrés à l'anatomie et la circulation du sang seront traduits en chinois, mais ils seront peu diffusés, l'Empereur les trouvant dangereux pour le peuple.

C.II.5 Pour revenir à Babylone puis...

En 1730 av. J.-C., le Code ou Loi d'Hammurabi, roi de Babylone, découvert en 1901, décline en 262 articles les règles de la vie courante, dont celles liées aux droits et devoirs de la pratique médicale et de la chirurgie. Il établit une contrepartie à l'acte médical, en fonction de l'homme soigné, libre ou esclave, mais aussi des sanctions en cas d'échec⁵⁸⁹.

C.II.6 ... à l'émergence de la médecine occidentale

Il est communément admis que l'émergence de la profession médicale occidentale, bien différenciée des pratiques médicales religieuses, est liée à la naissance d'Hippocrate en 460 av. J.-C. Elle renoue la relation entre le patient et le médecin, et dénoue le lien entre la maladie, qui doit être traitée comme un désordre corporel⁵⁹⁰, et le divin (le mal). La fondation de la médecine hippocratique, elle est largement redevable à la médecine égyptienne

jours, en médecine conventionnelle ou non (théorie des fascias).

⁵⁸⁹ 215. Si un médecin pratique une grande incision avec un bistouri et guérit, ou s'il ouvre une taie avec un bistouri, et sauve l'œil, il doit recevoir dix shekels d'argent... 218. Si un médecin pratique une grande incision avec un bistouri et tue son malade, ou s'il ouvre une taie avec un bistouri, et perd l'œil, on lui coupera les mains. WikiStrike (2011) « Traduction en français du Code d'Hammurabi », 11 février 2011, [Site Internet](#)

⁵⁹⁰ Lecourt Dominique et al. (2004) « Dictionnaire de la pensée médicale », PUF, collection *Quadrige*, adapté de l'avant-propos p. IX

ancienne, révolutionne intellectuellement la médecine dans la Grèce antique, en en faisant une discipline à part des autres disciplines de la connaissance, et une profession à part entière.

La profession se fonde sur le concept de **compétence médicale** (Socrate), la médecine hippocratique se distinguant par son strict professionnalisme, sa discipline et la rigueur de la pratique (dont le serment d'Hippocrate). Hippocrate y exposera toute la difficulté d'être médecin : « *La vie est courte, la science est longue, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile. Il faut non seulement faire à soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, les assistants, et les choses extérieures y concourent* » (*Aphorisme 1, section 1*).

Hippocrate, qui aurait été le descendant d'Esculape⁵⁹¹, théorise la pratique de la médecine de la Grèce Antique, en établissant des procédures et des règles fondées à partir de l'observation des maladies, de leurs contextes, de leurs évolutions, sous la forme de 70 traités, le *Corpus Hippocraticum*. Avec ses principes généraux édictés sous la forme d'aphorismes, il restera considéré comme la « bible » de la médecine jusqu'au XIXe siècle. Sur le principe, il ne s'agissait pas de faire un diagnostic, au sens de la médecine moderne, mais un pronostic en observant le patient.

Ces concepts se complètent entre autres de ceux de Galien ou de Dioscoride d'Alexandrie pour la pharmacopée, et des apports de la médecine arabe. La théorie des quatre humeurs, diffusée par Hippocrate, reste la doctrine de base de la médecine jusqu'au XVIIIe siècle, l'école médicale de Salerne en assurant la diffusion en Europe dès le XIe siècle. La période couvrant le XVIe et le XVIIe siècle est marquée par l'expansion de l'anatomie (grâce à Léonard de Vinci, Andréas Vésale, Charles Étienne, entre autres). Cette théorie connaîtra un renouveau au XIXe siècle (avec Lumière et Carton) et un lien sera fait avec la psychologie par exemple (les tempéraments), sans parler de certaines dérives à tendance sectaires.

La profession médicale s'organise autour de règles : obligation morale de la transmission de la connaissance et du savoir, égalité de la prise en charge des hommes par rapport à la souffrance et la maladie, défense de la vie, défense du secret professionnel, qui n'est pas un privilège, mais un droit fondamental du malade. Être médecin, c'est être guidé par l'instruction des règles et par l'expérience personnelle, reposant sur l'interrogatoire et l'examen du malade. Cette méthode se distingue alors nettement des méthodes religieuses (la maladie est une punition de Dieu) ou magiques (incantations). La profession s'organise autour de deux groupes : les anatomistes d'une part, les physiciens, les pharmacologues et les toxicologues d'autre part, cherchant la connaissance des mécanismes du corps, des substances et des plantes.

À la fin du IIe siècle, la pratique de la médecine est couplée à la vie des monastères et couvents qui accueillent les malades. De cette époque, jusqu'au XIXe siècle, les institutions de soins ou Hôtel Dieu (création à Lyon en 549, à Paris en 651), qui deviendront ultérieurement les hôpitaux, appartiennent principalement à des mouvements chrétiens. En application des principes de la charité chrétienne, ils se doivent de « *recueillir les pèlerins et les indigents, de les nourrir et d'en prendre soin*⁵⁹² ».

⁵⁹¹ Esculape, Asclépios pour les Grecs, est le dieu de la médecine. Enfant, il assomme un serpent se dirigeant vers lui à l'aide d'un bâton. Un second serpent apparaît et ramène à la vie le premier à l'aide d'herbes médicinales. Dans le caducée médical, le serpent représenterait le remède tandis que le bâton représenterait l'Arbre de Vie, vie que le praticien essaie de maintenir grâce au remède. Le miroir surplombant le bâton serait plus récent et serait symbole de prudence. Esculape avait deux filles, Hygée représentant la santé préservée et symbolisant la médecine préventive et Panacée, représentant les soins et symbolisant la médecine curative.

⁵⁹² Carlioz Patrick (2013). *Op. cit.*

Rhazès (Mohamed Ibn Zakaria al-Razi, Abu Bakr, 865-932⁵⁹³) est le père de la première structure hospitalière arabe, à Ray puis à Bagdad. Homme de terrain, ouvert aux sciences et aux arts, ses méthodes d'enseignement au lit du malade sont très appréciées. Son expérience clinique reste d'actualité, notamment sur l'aspect psychosomatique de certaines maladies : « *Si un patient n'a pas la volonté ou le désir de guérir, les mains du médecin restent liées* ». Il transforme le triangle classique médecin-malade-maladie en un carré incluant l'entourage « *Il faut que les malades et ses proches soient avec le médecin et non contre lui, qu'ils ne lui cachent rien des états du malade et de son comportement* ». Il accorde un intérêt particulier à l'observation clinique et l'évolution de la maladie, en fonction des résultats des traitements. Il a décrit soigneusement les différentes phases éruptives de la variole et de la rougeole et les traitements à apporter en fonction de l'évolution de ces maladies. « *Le traité de la variole et de la rougeole* » sera traduit en 1170 par Gérard de Crémone. Il restera la référence jusqu'au XIXe siècle. S'il est l'un des premiers à mentionner l'acide sulfurique dans ses écrits, il pratique aussi la distillation après fermentation pour produire des médicaments et des remèdes. Son œuvre majeure reste son encyclopédie médicale en 22 volumes, le Kitab Al-Hawi, publié au Xe siècle, traitant de médecine pratique et de thérapeutique, elle sera traduite par Faraj ben Salim en 1210 en latin sous le nom de « *Rhazès, Havi seu continens* » (Contenant de Rhazès) sur l'ordre du roi de Sicile, Charles Ier d'Anjou. Elle compile l'ensemble des savoirs de l'époque, complétés de ses remarques et de ses commentaires issus de son expérience. Sa notoriété fut telle, que Louis XI demandât que la Faculté de Médecine lui prête le seul exemplaire qu'elle possédait. Elle accepta contre une forte somme d'argent en gage... le livre fut restitué.

Au Moyen-âge, la médecine est généralement pratiquée par des prêtres. Les clercs, faisant partie de l'État ecclésiastique, ont accès à la connaissance, c'est-à-dire aux livres, rares et principalement écrits en latin. Le XIe siècle marque la renaissance de « l'école de Salerne », appelée la « cité hippocratique ». Seule la médecine y est enseignée, par des laïcs l'exerçant eux-mêmes (publication du « *Régime de la santé*⁵⁹⁴ »). Le premier diplôme de médecine y est institué par Roger II de Sicile en 1140. En 1160, Gérard de Crémone traduit de l'arabe au latin la première encyclopédie médico-chirurgicale, publiée en 963 par Abu Al Quasim qui est considéré comme étant le père de la chirurgie.

La Faculté de Bologne est créée en 1158, celle de Paris l'est en 1215, celle de Montpellier, le 7 avril 1220. Néanmoins, la médecine reste peu efficace, manquant d'approches thérapeutiques efficaces (grandes épidémies de peste, de lèpre et de choléra, couplées aux grandes famines). À l'époque, les maladreries sont souvent érigées en périphérie des villes pour y contenir les victimes de la lèpre.

À la fin du XIIe siècle, l'établissement du diagnostic de la lèpre donne au médecin une reconnaissance d'expert⁵⁹⁵. Les croisades, principalement à partir du XIIIe siècle, seront aussi à l'origine d'avancées médicales en Occident, au contact de la civilisation byzantine dans laquelle l'esprit médical, le métier de médecin tout comme la notion d'hôpital occupent une place particulière⁵⁹⁶.

⁵⁹³ Gourdol Jean-Yves. Op. cit. Boustani François (2007) « *La biographie Al Razi dit Rhazès* », *Cardiologie francophone*, [site Internet](#)

⁵⁹⁴ Sous ce vocable apparaissent de nombreux manuels, aux origines multiples (Montpellier vers 1200, Aldébrandin de Sienna en 1256, Jean Bruyérin-Champier en 1560... prônant une hygiène de vie en lien avec une alimentation équilibrée, mais aussi une hygiène de l'âme [Maïmonide, vers 1200 chez les Arabes]) Ammar S. (2003) « *Histoire de la Psychiatrie Maghrébine* », [site Internet](#)

⁵⁹⁵ Molinié Éric (2005) « *L'hôpital public en France : Bilan et perspectives* », *Conseil Economique et Social*, 2005

⁵⁹⁶ Les « *Canons ou Préceptes de médecine* » d'Avicenne datant du Xe siècle sont traduits en latin en 1150. Ils seront publiés en latin à de nombreuses reprises comme à Venise en 1483, 1564 et 1683. Le processus de la circulation sanguine et plus particulièrement de la circulation pulmonaire est décrit par Ibn Nafis en 1242. Ses écrits ne seront réellement redécouverts qu'en 1924.

L'influence de la religion reste prégnante. En 1163, lors du sixième Concile de Tours, l'Église décrète : « *Ecclesia abhorret a sanguine* » (*L'Église a le sang en horreur*). En 1215, le quatrième concile de Latran interdit explicitement aux prêtres d'exercer la chirurgie (le curé affecté à un territoire, la paroisse, est chargé de soigner uniquement les âmes). Cela conduira différentes professions, arracheurs de dents, forains ou barbiers à faire la « petite chirurgie courante », et secondairement à un déclassement du métier de chirurgien non barbier. La chirurgie relève avant tout de l'achat d'une charge alors que la médecine reste encore totalement réglementée par les lois de l'Église.

En 1260, Jean Pitard, chirurgien du roi Louis IX, définit et organise le métier de chirurgien en créant la Confrérie de Saint Côme (les chirurgiens de Paris) et de Saint Damien. Les statuts créés par Étienne Boileau en 1268 seront maintes fois amendés et améliorés⁵⁹⁷. Ne dépendant pas de l'Université, les chirurgiens étaient jusqu'alors considérés comme des métiers manuels « vils et mécaniques », sans savoir, et repoussés par les médecins⁵⁹⁸. La connaissance du latin est néanmoins requise pour exercer la profession. Ils s'engagent à payer une certaine somme pour être agréés. Ils sont tenus au secret médical et ils se doivent une assistance mutuelle.

Plusieurs édits royaux⁵⁹⁹ vont venir réglementer cette profession, tout en la distinguant des « barbiers simples », mais aussi de celle des médecins, auxquels étaient soumis les apothicaires⁶⁰⁰.

En 1281, les médecins se séparent de la Faculté pour créer une école à part. La chirurgie n'est véritablement enseignée qu'à Montpellier. En 1363, Gui De Chaliac, considéré comme le père de la chirurgie médicale publie son traité de chirurgie en 8 volumes « *Chirurgica magné* » (grande chirurgie). C'est une adaptation de l'« *Inventorium sive Collectorium artis chirurgicalis medicinae* », déjà publiée en 1340. Traduit en français au XVe siècle et dans d'autres langues, il restera le livre de référence jusqu'au XVIIe siècle.

Vers 1372, la concurrence féroce entre les barbiers et les chirurgiens conduit à les « mettre sur un pied d'égalité », aux dépens des derniers. Au XVe siècle, les chirurgiens décident que l'enseignement se fera en latin, pour limiter la concurrence des « charlatans », en le calquant sur celui de la médecine.

La Renaissance se caractérise par une évolution de l'enseignement de la médecine. Le mode de transmission des affections est établi au XVe siècle (Fracastor). Paracelse, qui rejette le Canon d'Avicenne⁶⁰¹, souhaite que la médecine s'attaque directement aux soins sur le corps et ne reste pas dans les grands discours (soins de la peau et des plaies). La médecine cherche encore à prévenir les maladies plutôt que les guérir. Les « établissements », où l'on trouve surtout des chirurgiens, prennent en charge essentiellement les indigents⁶⁰².

⁵⁹⁷ Portal Antoine (1773), « [Histoire de la chirurgie et de l'anatomie](#) », [Didot le jeune](#), Félibien Michel (1725) « *Histoire de la ville de Paris* », Tome 1 [Guillaume DESPREZ Editeur \(Gallica\)](#)

⁵⁹⁸ « *Alors que le médecin aux mains propres était chargé de maintenir son patient en bonne santé, le chirurgien avait généralement affaire au corps croupissant* », Klein Alexandre (2012) « *Du corps médical au corps du sujet* », thèse pour l'obtention du doctorat de philosophie et d'histoire des sciences, Université de Lorraine, décembre 2012, [Site Internet](#)

⁵⁹⁹ *Le premier émane de Philippe le Bel en 1311. Il vise à réglementer l'exercice de la profession de chirurgien et ordonne que « ... nul homme ou femme ne peut s'immiscer publiquement ou occultement dans cet art... »*

⁶⁰⁰ Ordonnance de Jean II le Bon en août 1353

⁶⁰¹ [Wikipédia](#)

⁶⁰² *Les différentes conquêtes des Conquistadors de l'Amérique du Sud (Colomb, Cortez) sont freinées par les maladies tropicales, la faim, la soif et les blessures. Cortez notamment s'en remettra aux chamans et à leur très riche pharmacopée. Cette médecine locale, si elle est empreinte de religieux, est plus performante que la médecine occidentale de l'époque. En 1522, Cortez refusera l'envoi de médecins européens. Cette décision fera grand bruit à la cour d'Espagne, avec la reconnaissance affichée de la science au moins médicale des peuples précolombiens (adapté à partir de Science et Avenir [2014] « Ce que savaient les civilisations disparues », hors-série N. 177, p. 27 et suiv.).*

Le Collège Royal de Médecine est fondé vers 1450. La dissection des cadavres des condamnés est autorisée en 1539. Vésale publie en 1543 « *De Humanis Corpora Fabrica Libri Septem* ». Il est considéré comme étant le livre fondateur de l'anatomie moderne, incluant 25 planches en couleurs et de nombreux schémas anatomiques de grande qualité. Il a aussi pour objectifs de corriger les erreurs de description de Galien, reposant sur des dissections animales, les dissections humaines étant interdites à son époque. En 1556, le Collège Royal de Médecine est le premier à se doter d'un amphithéâtre consacré à l'examen des cadavres. Malgré la concurrence entre les facultés de Montpellier et de Paris, l'enseignement médical s'organise avec plus de méthode et de rigueur, selon un programme théorique et pratique préétabli.

La nécessité de s'attacher un personnel qualifié et soumis à de fortes contraintes professionnelles, la volonté de récompenser ceux qui exerçaient un métier vital pour la nation (dont la marine royale) ont conduit l'État et d'importants employeurs privés à créer des régimes de protection sociale spécifiques à certains secteurs d'activité bien avant que ne soit organisé un système général de sécurité sociale. Les problématiques s'articulent déjà autour des notions de faute et de risque, des accidents du travail, de la responsabilité, des problèmes d'hygiène, de santé, de vieillesse. Elle est initialement associée à une obligation de service dans la marine royale au XVIIe, les marins bénéficient, dès 1673, d'une pension de retraite en cas de blessure les empêchant de continuer leur activité, elle assure la gestion de la maladie et le soutien aux familles. Les demi-soldes et pensions sont réversibles aux ayants droit et la Marine prend en charge l'aide aux familles démunies. En 1709, un véritable régime de retraite pour tous les marins du commerce et de la pêche⁶⁰³ est institué. Les dépenses à honorer sont compensées par les recettes venant d'un système de prélèvement sur revenus. La gestion est assurée par une caisse normalement indépendante.

À la fin du XVIe et au début du XVIIe siècle, les grandes professions de médecins, chirurgiens, apothicaires sont individualisées et s'organisent au niveau universitaire au plan européen. La rationalité et la démarche scientifique et humaniste s'installent alors dans ces métiers et ouvrent le chemin de la médecine moderne. Le XVIIe siècle est aussi marqué par l'émergence d'une nouvelle conception philosophique de l'homme (René Descartes) dans la lignée des travaux de physiciens tels que Nicolas Copernic, Giordano Bruno ou Galilée. La remise en cause du Cosmos grec et d'un tout fini et bien organisé fait place à un univers indéfini, voire infini, que l'on tente d'appréhender par les lois qui le régissent et ses composantes. Ce n'est, malgré tout, pas encore tout à fait la fin du règne du célèbre « *Primo saignare, deinde purgare, postea clysterium donare* »⁶⁰⁴.

Différentes disciplines acquièrent leur autonomie, comme la chirurgie, la botanique, la physique et la chimie, l'obstétrique et l'hygiène. Les médecins, de plus en plus reconnus dans la société, appartiennent souvent à la bourgeoisie (Rabelais) et, dès lors, gagnent bien leur vie. Ils se regroupent alors en collèges, les premières sociétés savantes, pour assurer la stabilité de leurs fonctions et partager le savoir.

L'art d'être médecin s'oppose alors au terme de charlatan, terme qui voit le jour pour qualifier ceux qui crient (*ciarlare*) pour recruter sur les foires et les marchés, charlatans qui ont aussi l'avantage de combler le manque de médecins sur le territoire et d'apporter des réponses s'accordant avec la représentation de la maladie, représentation empreinte de sens religieux et magique par les populations. Ils sont stigmatisés par Jean Duret en 1622 dans

⁶⁰³ Moussier Jean-Loup (2014) « Historique des régimes spéciaux de la sécurité sociale », site Internet de la [Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF](#)

⁶⁰⁴ Formule popularisée par Molière dans le « *Malade imaginaire* », reprise par le caricaturiste Daumier en 1833. Pour bien des savants Occidentaux, empreints de convictions moyenâgeuses mâtinées de religiosité, la saignée permet de tirer les mauvaises humeurs du sang.

son « *Discours sur l'origine des mœurs, fraudes et impostures des charlatans* ». Les sages-femmes créent leur communauté en 1692, permettant la centralisation de leur savoir-faire.

Se pose la question des chirurgiens et de leur place dans la société. On distingue alors les « maîtres-chirurgiens », en robe longue, les lettrés instruits au collège Saint Côme, seuls autorisés à effectuer les opérations réalisables à l'époque, des « barbiers-chirurgiens », les illettrés, en robe courte, dont l'activité « chirurgicale » restait très réduite⁶⁰⁵.

Les nombreuses tentatives de différenciation du métier de chirurgien de celui de barbier et de leur reconnaissance par les médecins connaissent des succès différents depuis la fin du XIIIe siècle. Si l'édit de 1691 marque la séparation définitive des deux corps⁶⁰⁶, celle-ci ne sera réellement effective qu'à la seconde moitié du XVIIIe siècle, malgré la création de l'Académie Royale de Chirurgie en 1731⁶⁰⁷.

Le 23 avril 1743, Louis XV signe à Versailles, la « *Déclaration royale des droits du chirurgien, séparant totalement la Barberie du corps des Chirurgiens qui se trouvaient avilit par une profession inférieure* ». Elle fixe définitivement le cadre juridique de leur exercice. Passant outre les réticences des médecins, le chirurgien est porté au même rang hiérarchique. Ambroise Paré consacra l'art d'être chirurgien au même rang que celui d'être médecin. Il introduit le français dans le monde médical. Les chirurgiens deviennent aussi puissants que les médecins, voire plus, et imposent leurs vues.

L'Édit royal de Marly du 17 mars 1707 organise les études et la pratique de la médecine et les étend à tout le territoire. Les médecins obtiennent le monopole de la médecine. « *Voulu par Louis XIV " perpétuel et irrévocable ", il constitue le premier grand texte de santé publique. Il réserve aux facultés françaises le droit de former les médecins qui exerceront sur le territoire, définit les obligations tant des étudiants que des professeurs, prévoit les sanctions en cas de manquement, garantit les moyens matériels d'en respecter les dispositions. Nonobstant les interdits de l'Église, l'accent est mis sur l'anatomie, étudiée en amphithéâtre de dissection. Il comporte également un volet social : obligation est faite aux médecins de réserver 1 jour/semaine aux soins gratuits aux indigents*⁶⁰⁸. »

Les médecins obtiennent le monopole de la médecine. Cependant, les études se déroulent souvent sans que le futur médecin ait l'occasion d'examiner un seul patient, avec des différences entre Paris, Montpellier et les autres Facultés de province. D'autre part, la recherche reste généralement le fait de personnes souvent isolées, ayant le soutien financier et la protection morale de princes ou de gouvernements. L'Édit de janvier 1708 porte « *création de Médecins et Chirurgiens des Armées du Roy avec l'état des appointements qui leurs seront payés* ».

La diffusion des connaissances est favorisée par la création des premières sociétés savantes, les futures Académies. Malgré la création de l'imprimerie vers 1440, il faudra attendre deux siècles pour que les premiers journaux ou revues scientifiques soient accessibles. En 1679 apparaît la première revue scientifique médicale, fondée par Nicolas de Blégné, chirurgien du Roy : « *Nouvelles Découvertes sur toutes les parties de la Médecine.* » Elle est suivie du « *Journal de la médecine* » en 1681, puis de la revue mensuelle le « *Progrès de la médecine* ». Le « *Journal de Médecine, Chirurgie, Pharmacie* » naît en 1754.

⁶⁰⁵ Boileau Étienne (1268) « *Les métiers et corporations de la ville de Paris – le livre des métiers* »

⁶⁰⁶ Charles François Tassy dit Félix, premier chirurgien du roi, avait opéré et guéri Louis XIV de deux « problèmes de santé ». Il poussera le roi à définir officiellement le statut chirurgical en réunissant tous les chirurgiens barbiers en une seule et même corporation.

⁶⁰⁷ Elle est fondée par Georges de Mareschal, premier chirurgien du roi Louis XV après avoir dénoncé « les risques d'une chirurgie sans règles ni contrôles »

⁶⁰⁸ Gourdol Jean-Yves, *Op.cit.*

Après le premier concours public des garçons chirurgiens, les tout premiers internes, mis en place en 1739 à Montpellier, le premier règlement de l'Internat y est édité en mai 1766, même si l'origine de l'Internat est plus ancienne⁶⁰⁹. Composé de 15 articles, le second article définit plus particulièrement les fonctions de l'Interne : « *Il n'y aura, outre ledit gagnant maîtrise, qu'un autre garçon logé et nourri dans l'Hôtel-Dieu pour y servir les pauvres conjointement avec ledit gagnant maîtrise ; il sera chargé spécialement des salles du second étage et le gagnant (de la) maîtrise particulièrement attachée à celles du premier, chacun devant ainsi répondre au Bureau de l'exécution des ordonnances du médecin et des pansements dans son district, sans que néanmoins, sous ce prétexte, le gagnant (de la) maîtrise puisse se dispenser de tenir l'œil à tout ce qui sera fait dans toute la maison pour l'exécution desdites ordonnances, et pour les pansements, auquel effet il sera tenu de faire sa visite particulière matin et soir, une heure après celle du médecin, dans toutes les salles, pour voir s'il n'y a rien eu d'omis, et en cas d'omission, oubli ou plaintes de malades ou blessés, y mettre bon ordre sur-le-champ* ». Cet article pose les bases de la visite et de la contre-visite de l'interne. Ils doivent en outre écrire les ordonnances du médecin qu'ils transmettent à la sœur chargée de l'apothicairerie et ils seront chargés de la sortie (le renvoi) des malades et de son contrôle.

La Société royale de médecine est créée en 1776 par Turgot, inquiet entre autres du rôle des épidémies sur l'économie. L'enseignement médical dans les hôpitaux est officiellement organisé en 1774. Tenon codifie l'organisation hospitalière en 1788. Il pose les prémisses de la « permanence des soins » et de la prise en charge des urgences. Necker, ministre de Louis XVI, conscient que l'État traverse une crise économique (diminution des dons et des legs), propose de rompre avec la logique caritative. L'Édit de 1780 institue la transformation des biens immobiliers en rentes sur l'État. Cette réforme s'appuie essentiellement sur la Caisse générale des domaines qui se porte garante des intérêts des hôpitaux et doit leur verser un revenu constant. Il envisage la nationalisation de l'assistance par la création d'une administration centralisée. Pour redresser les finances des hôpitaux, il prône plutôt le recours à un secours annuel. Selon lui, prévenir la misère permettrait de diminuer le nombre de pauvres dans les hôpitaux et redresser leurs finances. Le conservatisme des pouvoirs publics a raison de cette réforme. Necker indique qu'il y aurait, en 1784, plus de 700 hôpitaux et une centaine d'établissements de 3 ou 4 lits, fondés par des particuliers⁶¹⁰. Ces établissements regrouperaient 100 à 110 000 indigents.

Le XVIIIe siècle voit la fin de la rivalité entre les médecins et les chirurgiens, mais aussi la remise en cause de l'enseignement. Les médecins s'appuient désormais sur une nouvelle approche de la maladie fondée sur l'examen des symptômes. Ce premier rapprochement, entre les médecins et les chirurgiens, est favorisé par l'hôpital qui permet de multiplier les observations grâce à la concentration en un même lieu d'un grand nombre de malades.

Jean Verdier publie son « *Traité de déontologie* » en 1743, qui ressemble à un appel à la réglementation : « *... si on jette les yeux vers l'infinité d'abus qui troublent l'exercice d'un art aussi salutaire, on sera porté à croire qu'il serait utile que la médecine connût un tribunal particulier...*⁶¹¹ » La chirurgie se positionne sur le même plan que la médecine et devient une spécialité à part entière tout comme l'obstétrique et l'ophtalmologie.

Dans l'émergence des savoirs spécifiques, l'enseignement de l'obstétrique prend forme sous l'impulsion de Baudelocque (« *l'Art de l'accouchement* », 1778) par exemple. Néanmoins, la

⁶⁰⁹ Jean Nissolle, chirurgien à l'hôpital St-Eloi à Montpellier, obtient de servir l'hôpital moyennant un contrat de 6 ans et une rémunération annuelle de 200 livres. En contrepartie, il est tenu d'installer en permanence un garçon chirurgien, celui-ci aidera son patron à l'hôpital, mais devra assurer les gardes. L'exercice en dehors de l'hôpital lui sera interdit. Il ne pourra en sortir qu'après autorisation. Dulieu L. (1958) « L'Internat des Hôpitaux de Montpellier, son origine, son histoire », Graille et Castelnau

⁶¹⁰ Martin-Doisy conteste le nombre d'hôpitaux en 1862, qu'il estime à 1438 à l'époque de Necker.

⁶¹¹ CNOM collectif (2012) « Histoire de l'ordre national des médecins français », 2012, disponible sur le site [Internet](#) du Conseil de l'ordre des médecins

médecine est toujours en concurrence avec les différents guérisseurs (dont les convulsionnaires ou les tenants du mesmérisme) ou autres abuseurs, profitant souvent de la crédulité des gens, surtout en province, pour vendre des potions miracles.

C.III La période révolutionnaire et la révolution industrielle

« Les années qui précèdent et suivent immédiatement la Révolution ont vu naître deux grands mythes [...] L'un racontant d'une façon positive la médicalisation rigoureuse, militante et dogmatique de la société, par une conversion quasi religieuse, et l'implantation d'un clergé de la thérapeutique⁶¹² ; l'autre racontant cette même médicalisation, mais sur un mode triomphant et négatif, c'est dire la volatilisisation de la maladie dans un milieu corrigé, organisé et sans cesse surveillé⁶¹³ ». Le projet révolutionnaire de profession médicale nationalisée, organisée sur le mode du clergé, et investie, au niveau de la santé et du corps, d'une mission et de pouvoirs semblables à ceux que celui-ci exerçait sur les âmes, procédait de cette volonté de médicalisation rigoureuse. Bien que ce projet n'ait pu être mis en place en l'état, il illustre la représentation de la place que devait occuper la médecine, et le type d'organisation sociale qu'on lui prêtait.

La Révolution allait changer fortement le paysage médical issu de l'Ancien Régime. Pas moins de six réformes concernant la médecine eurent lieu sur environ six ans. Le 10 janvier 1790, l'abbé Grégoire incite la Constituante à décréter « *qu'il ne sera plus nécessaire de justifier des moindres études pour exercer l'acte de guérir* ». Le 4 octobre 1790, le docteur Guillotin est élu à la tête du Comité de Salubrité, composé de 17 membres, tous médecins. Ce comité est chargé de la réorganisation de l'enseignement médical et des hôpitaux.

Outre le décret Allarde qui supprime toute corporation ou jurande (promotion de la liberté d'entreprendre et de la libre concurrence), suivi de la Loi Le Chapelier (14 juin 1791, elle reprend les principes défendus par Turgot⁶¹⁴), qui interdit tout rassemblement, corporation ou association d'ouvriers ou artisans⁶¹⁵, la Loi du 18 août 1792 promulguée par l'Assemblée législative supprime les congrégations séculières (religieuses y compris enseignantes, universités, facultés, Sociétés médicales, etc.) et les confréries. La Faculté de médecine est supprimée.

Les rapports successifs du Comité de mendicité entraînent la fermeture des hôpitaux en lien avec le programme de lutte contre la misère par l'obligation de travail pour tous. Les hôpitaux sont confisqués aux congrégations religieuses au nom de différents motifs, entre autres parce que celles-ci étaient exemptées de l'impôt jusqu'à la Révolution et jouissaient de revenus et d'un pouvoir certains. L'ambition sociale de la Révolution française se concrétise par l'adoption des Décrets des 28 juin et 8 juillet 1793 relatifs à « *l'organisation des secours à accorder annuellement aux enfants, vieillards et indigents* ». Ils prévoient la création d'« *Agences de secours* », véritables administrations sociales, au niveau des arrondissements. Ces décrets instituent aussi les officiers de santé, chargés de visiter à

⁶¹² L'Association des médecins de Paris écrivait ainsi, en 1834, que « *La médecine est sœur de la religion et de la morale ; son ministère, tout de bienfaisance et d'humanité, lui inspire tous les devoirs, lui attribue tous les droits d'un sacerdoce* »

⁶¹³ Foucault Michel (1963) « *Naissance de la clinique* », Paris, 1963, pp. 31-32, cité par Régis Isabelle, Guerlais Maryse, Cochais Jean-Yves, Biou Jean (1981) « *Lire l'Encyclopédie*. » In : *Littérature*, n° 42, l'institution littéraire, pp. 20-39

⁶¹⁴ Turgot, dans ses six décrets en 1776, demandait entre autres la suppression des jurandes (chaque homme a le droit de travailler sans restriction) et des maîtrises, la suppression des privilèges et la taxation des trois ordres. Une influence réciproque avec Adam Smith se retrouve dans leurs travaux respectifs. Louis XVI exigera sa démission en 1776, année de la parution des « *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations* » d'Adam Smith.

⁶¹⁵ « ... Il n'est permis à personne d'inspirer aux citoyens un intérêt intermédiaire, de les séparer de la chose publique par un esprit de corporation... »

domicile, gratuitement, tous les individus secourus par la Nation. Les premiers jalons de la mise en place d'une médecine sociale et de proximité étaient posés pour quelques années.

Le 8 août 1793, la Convention nationale décrète la suppression de toutes les « *Académies et sociétés littéraires, patentées ou dotées par la nation* ».

Le 15 septembre 1793, la Convention nationale décrète la « *dissolution et la fermeture des Facultés et organisations enseignantes* ». Sur le principe, la médecine, comme toute autre discipline, échappe à tout contrôle. Son exercice devient libre et peut être fait sans avoir fait d'études médicales ou posséder un diplôme particulier.

La situation de la santé et des soins devenant catastrophique, le libre exercice entraînant la prolifération des charlatans, mais aussi en raison des besoins urgents de l'armée, le Directoire prend conscience de l'urgence d'agir. Il rétablit les écoles de santé. Le 4 décembre 1794, le décret, initié par Fourcroy, décide la fusion de la médecine et de la chirurgie et établit trois écoles de Santé de la Révolution, Paris, Montpellier et Strasbourg, destinées à former en priorité les médecins et chirurgiens militaires, mais aussi les Officiers de santé. Le programme de Fourcroy⁶¹⁶ donne une place importante à l'enseignement clinique, les études durant trois ans, l'enseignement de la médecine et celui de la chirurgie y étant regroupés. Néanmoins, les principales découvertes de la médecine semblent échapper aux médecins (microscope, phénomènes respiratoires, etc.) quand elles ne viennent pas des leurs. L'observation du malade devient cependant le guide central de la démarche « *Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire, telle sera la base du nouvel enseignement* » (Fourcroy, 1794). L'École de Santé devient l'École de Médecine en 1798. Dans la continuité du comité de salubrité précédemment créé, des chaires d'hygiène sont créées dans les 3 écoles. Elles répondent à une autre mission, la médecine sociale qui se différencie de la médecine clinique par la dimension politique de sa politique et de ces objectifs et par son approche populationnelle de la maladie.

Au vu de l'état des hôpitaux et de leur gestion anarchique (dérive des coûts, etc.) à la suite à leur confiscation par les révolutionnaires aux congrégations religieuses dès 1790 (nationalisation en 1794), le Directoire confie, le 7 octobre 1796, la gestion des hospices aux communes et il en établit les règles d'administration. En contrepartie, les hospices peuvent gérer leurs biens (qu'ils ont pu conserver ou qui leur ont été rendus) ou sont indemnisés des ventes forcées par des biens nationaux de « même produit », pour augmenter leurs ressources⁶¹⁷.

Au tournant du XIXe siècle, l'arrivée de nouvelles techniques, l'évolution de la chimie et des médicaments permettent le recul des « maladies infectieuses du passé », mais aussi une meilleure prise en charge du premier âge caractérisé par une diminution continue de la mortalité infantile. Corollairement, l'amélioration de l'hygiène (intérêt de l'État pour la santé des populations, approche sociologique des hygiénistes sur l'état de santé de la population), des conditions de vie et des traitements entraîne une augmentation de la longévité, notamment de la durée de vie sans maladies. Ces améliorations marquent l'arrivée des « *maladies chroniques contemporaines* » associées à une individualisation de la maladie, parfois peu visible, avec le renforcement du rôle du patient, mais aussi des contacts plus réguliers avec la médecine, voire une dépendance accrue envers le système médical.

⁶¹⁶ Les élèves qui se présentent doivent remplir les conditions définies par Fourcroy : « *Une bonne conduite, des mœurs pures, l'amour de la république et la haine des tyrans, une éducation assez soignée pour qu'on soit assuré que les élèves posséderont les premiers éléments des sciences exactes, et surtout la culture de quelques-unes de celles qui servent de préliminaires à l'art de guérir, telles que la physique, l'histoire naturelle, la chimie ou l'anatomie* ». Prévue pour former 300 étudiants, l'École de santé de Paris en accueille plus de mille en 1797.

⁶¹⁷ Le Concile d'Orléans, en 549, avait conféré aux biens hospitaliers leur caractère inaliénable pour permettre aux hôpitaux d'assurer une partie de leur autofinancement.

Le 10 juillet 1801, Napoléon nomme Corvisart « *Médecin du Gouvernement* »⁶¹⁸. Il permet une conception nouvelle de la médecine et de la politique de santé. L'Externat (6 années d'études) et l'Internat (4 années d'études) des hôpitaux et hospices civils de Paris sont créés en 1802. Ces concours hospitaliers, difficiles, sont indépendants de ceux de la Faculté de médecine. L'école des sages-femmes de première classe est créée à la maternité de Port-Royal. Dans chaque département est préconisé un cours d'accouchement (diplôme de sage-femme de seconde classe). La médicalisation de la naissance et de la petite enfance débute. Une nouvelle science, la biologie, apparaît en 1802. La première « *Maison municipale de santé* » est créée à la même date à Paris. Sur le principe, elle peut s'assimiler comme le premier établissement de santé à caractère lucratif. Recevant principalement les « classes moyennes » rebutées par les salles communes des hôpitaux, le prix de journée y est de 4 à 10 fois supérieur à celui des hôpitaux⁶¹⁹.

Le 30 juin 1802, un arrêté organise l'école publique de formation des sages-femmes de Paris, ouverte à toutes les femmes de France (les départements ont été créés le 22 décembre 1789) qui possèdent « *le savoir lire et le savoir écrire* ». Leur formation, payante, dure 6 mois, renouvelable une fois. Elle mêle enseignement théorique et pratique (assistance uniquement, sauf autorisation de la sage-femme en chef). L'école de sage-femme de Baudelocque ouvre le 22 octobre de la même année.

Le 13 mars 1802 a lieu le 1er concours de l'Internat. Ils seront toujours organisés en décembre à partir de 1805.

La Loi du 10 mars 1803 (19 ventôse an XI) déposée par Fourcroy⁶²⁰ marque la reconnaissance et le retour du monopole d'exercice de la médecine (institution des professions libérales, définition du cadre légal d'exercice, réorganisation de la profession avec la création des officiers de santé avec l'aval des médecins) et la segmentation des marchés⁶²¹. Seul le médecin dispose du libre exercice en matière de soins. La loi met fin notamment à la liberté d'exercer la médecine sans diplôme, régleme la préparation et la vente de médicaments, crée le concours des élèves internes des hôpitaux et met fin définitivement à la distinction entre chirurgiens et médecins. Elle permet aux médecins et aux chirurgiens diplômés étrangers d'exercer en France après un examen au cas par cas, si le gouvernement « *le juge convenable* » (loi complétée en 1834). En dehors des sages-femmes, la loi, si elle n'interdit pas l'exercice de la médecine aux femmes, se montre pour le moins sexiste⁶²².

Bien que regrettés par Fourcroy, deux niveaux de médecine coexistent néanmoins : les docteurs issus des écoles (Facultés) de médecine ayant le droit d'exercer la médecine et la chirurgie sur l'ensemble du territoire (souvent réservée aux classes urbaines) et les officiers de santé (Loi de 1793) exerçant une médecine restreinte après des études plus courtes,

⁶¹⁸ *Sensiblement équivalent au poste de ministre de la Santé aujourd'hui*

⁶¹⁹ *Adapté à partir de Carlioz Patrick, Op. cit. p. 47.*

⁶²⁰ *Il est médecin et chimiste. Il fait le lien entre les travaux de Vicq d'Azyr et Colombier qui décèdent avant d'avoir réussi à réformer la médecine en pleine confusion. Ces travaux aboutiront à la loi du 10 mars 1803.*

⁶²¹ *Il convient de distinguer les « officiers de santé civils » régis par la loi du 10 mars 1803 des « officiers de santé militaires » concernant les médecins militaires, docteurs en médecine et officiers de l'armée à part entière depuis les lois du 11 avril 1831 sur les pensions, du 14 avril 1832 sur l'avancement dans l'armée et du 19 mai 1834 sur l'état des officiers. Fredj Claire (2009) « Une maison d'édition au service d'une profession : Victor Rozier (1824-1890) et la médecine militaire », [Revue d'histoire du XIXe siècle](#), 39/2009*

⁶²² *L'exposé des motifs de la loi du 11 avril 1803 relatif aux pharmacies précise : « Vous observerez que la pharmacie étant moins un métier qu'une profession savante doit par conséquent être interdite aux femmes ». Elle autorise néanmoins les veuves à tenir leur officine un an après le décès de leur mari, sous réserve d'être accompagnées d'un « élève » capable et sérieux (arrêté du 13 août 1803 - 25 thermidor an XI). La circulaire de Chaptal commentant la loi du 10 mars 1803 indique « l'exercice de l'art (Ndr : de la médecine) par les femmes, par des empiriques, par des gens exerçant un autre état ou spectacles publics, par des hommes déshonorés ou poursuivis dans opinion publique, ne peut être en aucune manière autorisé par article dont il est question ». Léonard Jean (1977) « Femmes, religion et médecine. [Les religieuses qui soignent, en France au XIXe siècle] ». In : *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 32e année, N. 5, 1977. p. 887-907*

auprès des populations rurales. Cette dualité est entretenue par des idées largement admises dans la vision collective (la robustesse des gens de campagne, donner aux pauvres des médicaments coûteux est un gaspillage financier, un danger sanitaire et une incitation au luxe porteur de révolte, etc.) et par le régime impérial qui encourage les cours libres ou l'instruction médicale délivrée dans les hôpitaux. Treize écoles « secondaires » (subordonnées aux Facultés) sont créées en moins de trois ans.

Le 11 avril 1803 (21 germinaux ans XI), les pharmaciens obtiennent le monopole de la distribution des médicaments. Les premières écoles de pharmacie sont créées (Montpellier, Paris et Strasbourg). Comme pour la médecine, elles permettent cependant l'obtention d'un diplôme à deux niveaux en fonction des études, les pharmaciens de première classe et les pharmaciens de seconde classe.

La Révolution avait aboli le secret professionnel, perçu comme étant un complot contre les révolutionnaires. Il est rétabli par le Code pénal de Napoléon en 1810 dans l'article 378 : « *Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.*⁶²³ ».

La promulgation finale du Code pénal déclenche une première mobilisation des médecins en raison de l'évolution du droit de la responsabilité pénale qui crée la notion d'homicide involontaire (art. 319 et 320). L'article 317 en punit l'avortement. L'ordre des Avocats, qui doit entre autres surveiller leur déontologie, est mis en place par le décret du 14 septembre 1810. Il servira de modèle à toutes les professions concernées, notamment aux médecins qui en seront dotés en 1940.

Le concours des médecins des hôpitaux est instauré en 1811, permettant, à l'hôpital d'avoir, à partir de 1820, sa future élite médicale. C'est le premier échelon de la « réussite médicale » au XIXe siècle. Son aboutissement est le titre de chef de service hospitalier. Les internes entrent de plain-pied dans l'élite destinée aux grandes carrières alors que les autres composent le « tout-venant » des médecins. Le Clinicat est créé en 1823. L'AP-HP est créée en 1849.

Le décret du 26 mai 1813, Napoléon 1er crée ce qui s'apparente aux prémices de la sécurité sociale, avec la Société de prévoyance pour les mineurs des houillères de l'Ourthe. Elle est financée par des cotisations obligatoires à la charge de l'État, de l'employeur et des ouvriers. La même année, un groupe d'internes des hôpitaux de Paris fonde la « *Société hippocratique* ». Elle deviendra ultérieurement la « *Société générale des internes des hôpitaux* », ancêtre direct de l'ISNIH.

En 1818, Laennec présente à l'Académie de médecine son invention, le stéthoscope, avec un double argumentaire, clinique et hygiéniste : « l'auscultation évite le contact avec le corps [sale et répugnant] du malade ».

L'Académie de Médecine est créée en 1820. Avec l'Académie Royale de Chirurgie créée un siècle plus tôt, ce sont des traits d'union entre la profession, l'enseignement et la recherche, favorisant la structuration et l'accroissement de la connaissance médicale jusqu'au milieu du XIXe siècle, où elles seront partiellement relayées par les instituts de recherche. Les écoles hospitalières viennent en concurrence frontale avec les facultés de médecine. L'hôpital se veut le domaine de la connaissance, de la pratique et du prestige et draine l'élite médicale. Paris devient le pôle d'attraction du monde médical en développant la méthode

⁶²³ *Le Code civil comprend différentes dispositions pour protéger les citoyens contre les négligences de la médecine, mais aussi pour protéger leur fortune vis-à-vis des pressions testamentaires qui pourraient être exercées sur les patients.*

anatomoclinique. L'internat de Paris prend une place importante, les médecins et chirurgiens forment l'Association de l'enseignement médical des hôpitaux de Paris. Dans le même temps, l'enseignement libre (privé) prend de plus en plus d'importance et assure la création de disciplines nouvelles dont il assure seul l'enseignement, palliant parfois les carences de l'enseignement officiel. De 1870 à 1877 sont successivement créées les Facultés de médecine de Toulouse (1870), Nancy (1872), Bordeaux (1874), Lille (1875) et Lyon (1877).

L'ordonnance du 2 février 1823 crée le titre de chef de clinique. La réglementation concernant la discipline appartient à l'hôpital, les dépenses de personnel et d'équipement (médicaux) sont à la charge de la faculté de médecine. Chaque « clinique » est dotée au minimum d'une trentaine de lits, généralement également répartis entre hommes et femmes, et doit comporter un cabinet pour le professeur et un amphithéâtre.

Une sélection sans *numerus clausus* est instaurée à l'entrée des études, de quatre ans pour les médecins et de trois ans pour les officiers de santé. Quel que soit leur statut, ils ne peuvent exercer qu'en ayant fait enregistrer leur titre auprès des tribunaux et des préfetures. Les listes départementales établies permettent de repérer et d'attaquer les concurrents illégaux. Cela donne lieu à des situations de rente, la profession restant dans son ensemble inorganisée jusqu'en 1850. Ce monopole légal est malgré tout trop fragile pour empêcher les « empiriques » d'entrer sur le marché. Outre les transferts de clientèle entre les médecins et les officiers de santé, les guérisseurs (rebouteux) et les religieuses concurrencent les officiers de santé. Cette situation de concurrence ainsi créée oblige entre autres les médecins à aligner plus ou moins leurs tarifs sur ceux des officiers de santé (les honoraires sont libres). Cette situation, qui perdurera jusqu'en 1892, montre la tendance d'un système à se structurer en fonction de la plus ou moins grande spécialisation des acteurs.

Cependant, le recours à un médecin reste exceptionnel pour la majorité de la population. Face à la maladie, il existe un savoir populaire, empreint d'empirisme et de tradition. Dans l'imaginaire collectif, la femme reste la plus apte à soulager. La vie, la maladie et la mort sont des domaines féminins (les remèdes de « bonne femme » se basant sur l'ancienne pharmacopée restent le recours principal⁶²⁴).

Malgré tout, un certain esprit mutualiste commence à poindre dans la profession. En 1833, « l'Association des Médecins de Paris pour la formation d'une caisse de prévoyance » est créée. Elle se donne comme objectifs de venir en aide aux indigents, invalides, orphelins ainsi qu'aux veuves de médecins. L'inspecteur général des études médicales, Alfred Donné, déclare en préambule « ... rendre à la médecine, comme institution, la dignité, la force et la consécration qui lui manquent... »

M. Orfila, plusieurs fois Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, déclarent « ... la profession médicale est déconsidérée, discréditée... la profession médicale est déchuée... Les médecins sont trop nombreux, la concurrence les met en croisière et diminue le prix de leurs honoraires... le Charlatanisme, qui compte aussi des hommes de génie et ses grandes fortunes... devient l'appât des hommes médiocres qui seraient restés des praticiens honnêtes, s'ils n'avaient espéré d'amples dédommagements dans le troc de leur dignité contre les produits d'une

⁶²⁴ La loi Failloux de 1850 prévoit la création « d'écoles de filles » permettant l'accès à l'école élémentaire. Ce n'est qu'en 1880 qu'elles pourront, grâce à la loi Camille Sée, accéder à l'enseignement secondaire public féminin (institution des collèges et lycées publics de jeunes filles). La première femme à accéder aux études médicales est une Anglaise, Élisabeth Carret Anderson. Pharmacienne depuis 1866, elle devient la première femme médecin en France en 1870. La première femme à accéder aux études médicales en France est Madeleine Gemelin-Bres en 1875 après autorisation de son mari et avec le soutien actif de l'Impératrice Eugénie et du ministre de l'Instruction Victor Duruy. Le Dr Pierre-Charles Fiessinger, rédacteur en chef du « Journal des praticiens » déclarait en 1901 « La femme doctoresse est une de ces herbes folles qui ont envahi la flore de la société moderne. Très innocemment, elle s'est imaginé qu'ouvrir des livres et disséquer des cadavres allait lui créer un cerveau nouveau. Je dis que par sa forme d'intelligence, une femme est incapable de soigner des malades » (source : [Quotidien des médecins](#), Internet, 2010). L'ordre national des médecins accueillera la première femme, Mme Sorel Dejerine, en 1967.

industrie honteuse...⁶²⁵ ». Cette déconsidération a selon lui deux sources : le charlatanisme d'une part et l'égoïsme et l'ingratitude de la société (vis-à-vis de la profession) d'autre part⁶²⁶.

La Loi du 30 juin 1838 organise la psychiatrie. Elle stipule que « *chaque département est tenu d'avoir un établissement public destiné à recevoir et soigner les aliénés ou de traiter à cet effet avec un établissement public ou privé* », pour que les malades mentaux soient accueillis dans des établissements spéciaux : les « *asiles d'aliénés* ». Les « *aliénistes des asiles* » constituent un corps médical à part. Ce sont des fonctionnaires, sans clientèle privée.

Les écoles de médecine, initialement créées pour la formation des officiers de santé, deviennent des écoles préparatoires aux Facultés à partir de 1840.

C.IV Le retour du syndicalisme médical

C.IV.1 Les années 1800, structuration et reconnaissance

Pendant toute la première moitié du XIXe siècle, la corporation médicale, ainsi instituée par la Loi de 1803, aura pour principale préoccupation de lutter contre toutes les formes d'exercice illégal de la médecine, qu'il s'agisse des prêtres, religieux, pharmaciens, mais aussi guérisseurs, rebouteux ou charlatans de toutes sortes⁶²⁷. À partir de la seconde moitié du XIXe siècle, une nouvelle forme de collaboration entre le corps médical et l'État prend forme par la création des premiers syndicats médicaux. « *Les fonctions consultatives n'avaient intéressé qu'une fraction très limitée du corps médical, les professeurs et médecins hospitaliers, dont les relations personnelles avec les dirigeants politiques constituaient le seul canal d'influence sur les pouvoirs publics pour faire entendre les revendications des médecins sur l'organisation de la médecine* »⁶²⁸.

À l'instar d'autres professions, les médecins français se syndicalisent dans la seconde moitié du XIXe siècle. Leur identité professionnelle se façonne au travers des luttes contre « *l'encombrement médical* » des officiers de santé, médecine de « *second ordre*⁶²⁹ ».

Plusieurs tentatives législatives visant à créer un Ordre pour les professions médicales sont successivement reportées. Un projet de création d'une institution ordinaire est présenté lors du Congrès médical de France de 1845 qui souhaite promouvoir une législation « *en harmonie avec les besoins et la dignité du corps médical, avec les intérêts surtout de la société*

⁶²⁵ *Gazette médicale de Paris* : journal de médecine et des sciences accessoires, 1833, série 2, n° 01 – Paris : [s. n.], 1833, p. 362 et suiv.

⁶²⁶ Mathieu Orfila s'était opposé à François-Vincent Raspail qui l'avait ridiculisé lors du procès de Marie Lafarge pour empoisonnement de son mari à l'arsenic. Ils étaient tous les deux médecins et chimistes. Orfila, représentant de la médecine diplômée et officielle, l'attaqua ultérieurement en justice pour exercice illégal de la médecine. Raspail prônait une autre approche de la médecine, accessible aux petites gens.

⁶²⁷ *Laboutière* Jean-Jacques (2002) « La Convention Médicale : historique, état des lieux par rapport à la psychiatrie libérale », site Internet

⁶²⁸ Pincemin Jacqueline, Laugier Alain (1959) « Les médecins. » In : *Revue française de science politique*, 9e année, n° 4, p. 881-900

⁶²⁹ Ce « *problème singulier* » (encombrement, inflation, pléthore) sera abordé de façon récurrente par les professionnels concernés. Déjà en 1833 (voir supra), puis en 1847, la *Gazette Médicale* s'inquiétait de la situation : « *La profession éprouve une sorte d'abaissement continu, les médecins n'ont aucune considération personnelle, leurs rangs se pressent, s'agglomèrent, ils étouffent de concurrence. La ville de Paris renferme en ce moment un million d'habitants, il y a au moins deux mille médecins ou officiers de santé dans cette ville...* » Le *Concours Médical*, peu après sa création, indiquait en octobre 1879 « ... Je ne crois pas être éloigné de la vérité en affirmant que, docteurs ou officiers de santé, il existe dans notre pays près de 18 000 médecins ; ce nombre est évidemment bien au-dessus de tous les besoins. De là encombrement dans la profession et situation pénible pour la plupart d'entre nous. Le chiffre de 18 000 correspond à une moyenne de 2 000 habitants par médecin, alors que le Dr M. reconnaît qu'une moyenne de 3 200 habitants par médecin est seule capable de préserver nos confrères de la gêne. » *Revue* citées par Chasteland Jean-Claude et Laugier Alain (1957) « *Corps médical et expansion de la médecine* », *Revue Esprit*, février 1957, p.209. Ce thème est aussi développé par Vergez Bénédicte (1999) « *Le monde des médecins au XXe siècle* », 1999, Éditions Complexe, collection « *Le monde de* », chapitre « *Les médecins se comptent* », page 157 et suiv.

*toute entière, livrée aujourd'hui sans défense aux ignobles trafics du plus barbare charlatanisme [...] de constituer en France le corps médical, de lui donner des liens de confraternité, de l'unir systématiquement dans une association bienfaisante et morale*⁶³⁰ ».

Les docteurs Laurent, Cerise et Forguet concluent, dans leur rapport, à la nécessité de créer des « Conseils de discipline » au sein du corps médical et préconisent un certain nombre de mesures : « *un collège médical est créé dans chaque arrondissement et comprendra tous les médecins domiciliés dans l'arrondissement. Chaque collège médical d'arrondissement élira tous les ans, à la majorité absolue des suffrages, un conseil médical. Le conseil aura pour mission d'une part de soutenir les droits du corps médical et de ses membres, d'autre part de maintenir la dignité professionnelle. Le conseil aura le pouvoir de prononcer devant les circonstances qu'il appréciera cinq ordres de peine disciplinaire : l'admonition, la réprimande, la censure, la radiation temporaire du tableau du collège, la radiation absolue. Les collèges médicaux seront chargés de signaler au procureur du roi les individus qui exercent illégalement la médecine et d'en presser la poursuite. Les conseils médicaux devront adresser aux autorités administratives et judiciaires, les demandes et réclamations qui intéressent le corps médical ou l'un de ses membres. Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le conseil médical d'arrondissement ne pourra être porté que devant le conseil médical du chef-lieu du département. Tout appel d'une décision disciplinaire rendue par le conseil médical du département sera porté devant le conseil de l'arrondissement éloigné*⁶³¹ ».

Le premier projet de Loi, bâti à partir de ce rapport, pour la création d'un ordre de 1847 sera ajourné, tout comme le projet de 1803, cette fois-ci en raison de la Révolution de 1848. Cependant, l'année 1845 marque un tournant. Le point de vue corporatiste essentiellement tourné vers ses privilèges s'efface doucement pour laisser la place à une conception de la profession médicale fondée sur ses missions envers le patient. La notion de profession permet aussi de partager un ensemble de valeurs et de missions communes.

La presse scientifique, nombreuse, est aussi le support de cette « défense professionnelle ». Par exemple, « *L'union médicale* », fondée en 1847, est le journal des « *intérêts scientifiques, pratiques, moraux et professionnels du corps médical* »⁶³². La montée en puissance du mutualisme assure aussi cette protection. Dans la lignée de l'Association des médecins de Paris, l'Association générale des médecins de France (AGMF) est créée en 1858 par décret impérial, sous l'impulsion de trois médecins. S'étendant rapidement dans la France entière, l'AGMF est le premier organisme représentatif des médecins auprès des pouvoirs publics. Il traite à la fois les questions de défenses et d'indépendances professionnelles, de disciplines et d'éthiques, d'assistances et de protections libres. Le gouvernement autorise la création en 1865 de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuel des médecins de France. Elle rencontre un fort succès en raison de sa lutte sans merci contre l'exercice illégal de la médecine, du secours financier qu'elle propose, mais aussi de son positionnement pour la révision de la Loi de 1803, puisqu'elle demande la suppression de l'officiât, demande qui sera fermement rejetée par Napoléon III.

Le premier procès pour faute médicale a lieu à Lyon le 15 décembre 1859. La Loi Le Chapelier est abrogée en 1864. Les associations professionnelles sont de nouveau autorisées et le droit de grève est toléré.

En 1865, Claude Bernard, en lien avec les travaux de Chevreul, théorise la méthode expérimentale. C'est l'un des principaux initiateurs de la démarche hypothético-déductive⁶³³, formalisée plus tard par la démarche OHERIC.

⁶³⁰ Damamme Dominique (1991) « *La jeunesse des syndicats de médecins ou l'enchantement du syndicalisme* ». In : Genèses, 3, 1991. La construction du syndicalisme, p. 31-54.

⁶³¹ Actes du congrès médical de France, session de 1845. Éditions de Hennuyer, Paris, 1846.

⁶³² Damamme Dominique (1991), *Op. cit.*

Le décret du 10 juin 1878 fait des « sciences accessoires » (physique, chimie et histoire naturelle « médicales »⁶³⁴) des sciences fondamentales, tant en médecine qu'en pharmacie. La faculté de médecine accentue l'orientation scientifique et la mise en pratique de son enseignement. Le 31 juillet 1893, les candidats au doctorat accomplissent leur première année à la faculté des Sciences en vue de l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

À la fin des années 1870, le principal canal d'influence des médecins sur le pouvoir est représenté par les relations entretenues entre les professeurs et les médecins hospitaliers et les dirigeants politiques, principalement à Paris. Par souci d'indépendance, mais aussi en raison de leurs difficultés professionnelles, l'idée d'une organisation syndicale indépendante commence à germer.

Cherchant à se démarquer de l'AGMF, un groupe de médecins crée « *le Concours médical, journal de médecine et de chirurgie* » en 1879. L'objectif est clairement affiché : « ... mettre en commun les intérêts scientifiques et professionnels... pour une profession plus lucrative et plus honorée... » Il propose une liste de quatre questions importantes à défendre pour un syndicat médical : l'établissement d'un tarif d'honoraires, leur recouvrement, la révision de la législation et la lutte contre l'exercice illégal. L'équipe de médecins qui entoure le docteur Cézilly, son fondateur, entend conjuguer information scientifique et défense corporative.

La publication se double d'une société civile d'entraide qui organise un ensemble de services pour ses adhérents tels que les achats et les approvisionnements, le recouvrement d'honoraires, les remplacements, mais aussi un conseil juridique et d'affaire, etc. sans oublier les réclames pour lesquelles les annonceurs consentent des ristournes aux adhérents. Le journal encourage, dès 1881, la création de syndicats médicaux (le 1er syndicat médical de France est créé à Montaigu par le Dr Mignen le 16 mai 1881). Il s'agit de veiller aux intérêts matériels de la profession par la revalorisation des honoraires, la définition de tarifs minimums, la résistance aux pressions des collectivités (les sociétés de secours mutuel ouvrières, favorisées par les lois de 1852 et 1898) et de combattre l'influence des concurrents sans diplômes. Il s'agit non seulement de fixer les règles de la morale médicale, mais aussi de participer à l'organisation de la médecine sociale et la médecine préventive, alors naissantes.

De nombreux médecins suivent l'exemple du Dr Mignen partout en France. On compte 40 syndicats à la fin de 1883 et 74 au moment du vote de la Loi du 21 mars 1884 relative à la création de syndicats professionnels. Ils sont 120 lorsque, le 28 novembre 1884, ils décident de fusionner pour devenir l'Union des syndicats médicaux de France (USMF), en lien avec *le Concours médical*, autour de deux enjeux⁶³⁵ :

- La défense des intérêts économiques de la profession par rapport aux mutuelles (la Charte de la Mutualité paraît en 1889) ;
- L'octroi du monopole en matière de soins aux docteurs en médecine.

Le Concours médical est à la base de plusieurs réalisations importantes telles que la Caisse des pensions de retraite du corps médical français (1884), l'Association amicale des médecins français pour l'indemnité maladie (1894) et le « *Sou médical* » en 1897. C'est une ligue qui

⁶³³ Bernard Claude (1865) « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale », 1865, Édition du groupe « eBooks [libres et gratuits](#) ». « Le savant complet est celui qui embrasse à la fois la théorie et la pratique expérimentale. 1° il constate un fait ; 2° à propos de ce fait, une idée naît dans son esprit ; 3° en vue de cette idée, il raisonne, institue une expérience, en imagine et en réalise les conditions matérielles. 4° de cette expérience résultent de nouveaux phénomènes qu'il faut observer, et ainsi de suite. », p.38 (p. 43-44 dans l'édition originale [BNF]).

⁶³⁴ Pinell Patrice (2009) « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie* 2/2009, Vol. 50, p. 315-349

⁶³⁵ Hassenteufel Patrick (2008) « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, 2008/1 n° 18, p. 21-28, Léonard Jacques (2010), « Les débuts du "Concours médical" », 2010, Université de Reims (BU Santé de l'Université Paris V Descartes).

défend et protège ses membres contre les conséquences des actions civiles en responsabilité médicale qui pourraient être intentées par les patients ou leur famille. Néanmoins, la revue regarde avec une certaine circonspection les avancées scientifiques telles que les travaux de Pasteur (malgré son élection à l'Académie de médecine en 1873, il est chimiste et physicien de formation) par exemple. Ses travaux seront regardés sous un autre angle à partir de 1885. Le *Concours médical* titre alors « *La gloire de Monsieur Pasteur* ». « *L'hérésie novatrice intègre alors progressivement la tradition*⁶³⁶ ».

L'année 1881 reste marquée par la naissance du premier système de Sécurité sociale dans le monde par Bismarck. Elle sera suivie par les lois sur l'Assurance maladie en 1883, les accidents du travail en 1884 et l'assurance « vieillesse et invalidité » en 1889. Une question se pose rapidement. Les contrats doivent-ils être individuels, la caisse rémunérant forfaitairement les médecins (contrats individuels) des soins à leurs adhérents, ou collectifs, ces contrats étant signés avec l'ensemble des médecins d'une circonscription ? La création de l'Association des médecins allemands (Hartmann Bund) en 1900 entraînera, après de fortes tensions, la signature de la Convention de Berlin en 1913.

En 1884, l'USMF, nouvellement créée, regroupe environ 20 % de la profession, principalement en province. La reconnaissance légale des syndicats médicaux est refusée par la Cour de cassation en 1885 au motif que la défense des intérêts économiques ne concerne pas les médecins, leurs intérêts étant d'autre nature. Ils ne sont ni patrons ni salariés de l'industrie du commerce ou de l'agriculture. Sur le fond, deux postures s'affrontent : ceux qui considèrent la médecine comme un sacerdoce à l'instar des prêtres et religieuses (le « bon docteur » Benassis de Balzac, les « missionnaires de la charité ») et ceux pour qui la revendication est plutôt d'ordre économique, mais surtout statutaire (défense des intérêts matériels et symboliques de la profession), ce qui leur vaut d'être régulièrement attaqués.

En 1885, l'AGMF se positionne en faveur de la création d'un ordre pour défendre l'autonomie professionnelle. Ses initiatives législatives tentent, sans succès, cette création pour « moraliser et contrôler l'exercice de la médecine ». Cette approche corporatiste conserve ses partisans, mais elle implique des codes de déontologie et des organes disciplinaires qui sont loin de satisfaire tout le monde. En toile de fond, la résistance continue à l'entrée des femmes en médecine sur fond d'arguments douteux n'est pas sans liens avec la crainte de l'apparition d'une nouvelle concurrence.

Le syndicalisme médical sort de la clandestinité avec l'unification de la profession réalisée en 1892, à la suite de la campagne d'opinion organisée par le *Concours médical*. Après cinq tentatives législatives entre 1825 et 1847, la Loi Chevandier, un médecin, du 30 novembre 1892, supprime le corps des officiers de santé qui ternit l'image de la médecine⁶³⁷. Sur le fond, elle défend les intérêts économiques, sur peur de « pléthore médicale ». Elle accentue la répression du charlatanisme (droit d'attaquer en justice ceux qui pratiquent la médecine sans diplômes) et légalise le syndicalisme médical. Les médecins, les dentistes et les sages-femmes ont le droit de former des syndicats pour défendre leurs intérêts professionnels (à l'instar des autres professions réglementées, notaires, avocats, etc.) « *À l'égard de toutes (les) personnes autres que l'État, les départements et les communes* » (Art. 13). Les officiers en titre peuvent continuer d'exercer jusqu'à l'extinction de leur profession.

La fin du XIXe est marquée par l'accession à l'indépendance de la profession par la reconnaissance d'un droit à l'autocontrôle et l'obtention d'un monopole d'exercice : le

⁶³⁶ Léonard Jacques *Ibid.*

⁶³⁷ « *Le faible degré d'instruction exigé des officiers de santé est, dans l'état actuel des choses, un malheur pour l'humanité, une chose déplorable pour la science, un motif de déconsidération soit pour la profession soit pour les docteurs en médecine, confondus si souvent par le public, sous le nom de médecins, avec des personnes qui n'ont ni les mêmes titres ni les mêmes droits* »

monopole sur les soins est établi en même temps que le droit à l'organisation collective de la profession médicale. La Loi de 1882 déclare dans son 1er article, prônant l'unicité des diplômes, que « *Nul ne peut exercer la médecine que s'il est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État* ». Selon Péquignot (1984⁶³⁸), commentant l'article de Bungener dans la même revue, « *le principe fondamental, avoué ou inavoué, qui a présidé l'essentiel des réformes successives et liées à la volonté du corps médical d'éliminer la concurrence, c'est le processus d'exclusion de tous les praticiens dont, à un moment donné, l'activité menaçait la rente médicale. Cette notion de concurrence est à la base de très nombreux, voire de presque tous les textes réglementant la médecine* ».

Néanmoins, les médecins appliquent la technique d'un monopole discriminant. En offrant des services légalement identiques à des « acheteurs » différents, ils peuvent moduler leurs honoraires. Subissant d'un côté les prix imposés de l'aide médicale gratuite ou des sociétés de secours mutuel, ils ajustent leur offre de soin et leurs honoraires aux populations plus aisées, l'activité allant décroissant avec l'augmentation des honoraires demandés, la visite à domicile permettant d'apprécier la fortune du patient et d'ajuster les prix en conséquence. En courant un risque important d'une régulation en aval par les financeurs... Tant que le secteur public restera peu développé. « *Pour prévenir ce risque, le corps médical va s'efforcer soit de contrôler le marché qu'il a contribué à faire naître, en s'abritant derrière le principe du libre-choix pour préserver son indépendance, soit de neutraliser les effets du marché en imposant un type précis de comportement au nom de la discipline confraternelle*⁶³⁹. »

En 1893, l'USMF regroupe plus de 122 syndicats. Quelques syndicats font sécession pour former la Fédération des syndicats médicaux de France. Elle ne durera que quelques mois. Les principes du libre-choix et de la rémunération à l'acte sont plus ou moins intégrés dans la Loi du 15 juillet 1893 qui impose l'assistance médicale gratuite (AMG). Elle permet à tout malade, inscrit sur la liste des indigents, de se faire soigner gratuitement par un médecin ensuite remboursé par l'Administration (système du tiers payant). Elle oblige l'hôpital à accepter tous les malades qui ne peuvent être soignés à domicile, contre remboursement des frais engagés à la charge de la commune, du département ou de l'État. Elle marque la fin d'une première période caractérisée par l'absence de couverture sociale des besoins de santé de la population. « *Il y a quelques médecins riches qui soignent les quelques familles riches et une grande majorité de médecins à la limite de la misère qui soignent les plus pauvres. C'est l'époque où de très nombreux médecins (en particulier catholiques) réclament le salariat sur le modèle des prêtres. Cette période s'achève vers 1880 - 1890*⁶⁴⁰ ».

C.IV.2 Début 1900, gratuité des soins et défense des droits

La Loi du 15 juillet 1893 a posé le principe de la gratuité des soins, à l'hôpital comme à domicile, pour les malades privés de ressources. La loi instaure l'assistance médicale gratuite. Son article 1er précise : « *Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'État suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile, ou s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un lieu hospitalier. Les femmes en couche sont assimilées à des malades. Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine*⁶⁴¹ ».

⁶³⁸ Péquignot Bruno (1984) « *De la concurrence en milieu médical* », *Commentaire in Sciences sociales et santé. Volume 2, n° 1, 1984. pp. 111-117.*

⁶³⁹ Launois Robert J. (1988) « *La santé en France, un système en mal de liberté* », *Colloque franco-allemand d'économie de la santé. Trèves ; 25-26 septembre 1986. In la régulation des Systèmes de Santé en France et en RFA. Maison des Sciences de l'Homme (éd.). Paris 1988. p. 69-85*

⁶⁴⁰ *Ibid.*

La notion de malade est importante. Sur le principe, elle exclut les vieillards et invalides incurables, ne concernant que les personnes qui pourraient être reçues dans un hôpital, mais pas à l'hospice. Le malade est soigné gratuitement, le médecin payé par l'Administration. C'est l'origine du tiers payant.

La révolution industrielle nécessitant une main-d'œuvre abondante et en bonne santé, les sociétés de secours mutuel, financées par les entreprises, s'inscrivent dans la mouvance du paternalisme patronal et du christianisme social marqué par l'encyclique *Rerum Novarum* de Léon XIII en 1892. Dans ce contexte, les médecins, parfois salariés, étaient le plus souvent rémunérés par capitation, ce qui était inacceptable par les syndicats de médecins. Malgré l'apparition d'une « nouvelle clientèle solvable », ils demandent le respect des principes préservant un exercice autonome de la médecine : le libre-choix du médecin par le patient et la rémunération à la visite. L'USMF va ainsi tenter, sans succès, d'obtenir un droit de regard sur les personnes prises en charge par les mutuelles, pour en exclure celles qui pourraient payer directement les soins en raison de leur fortune...

Les possibilités juridiques offertes par la Loi Waldeck-Rousseau permettent de lutter par le biais de la justice contre les pratiques illégales. Chaque syndicat membre de l'USMF constitue une commission chargée de la poursuite des soignants illégaux. La forme syndicale, associative, présente d'autres avantages : elle préserve de l'intervention de l'État, et sa décentralisation permet aussi la défense des intérêts professionnels offerts par la personnalité juridique du syndicat. La plasticité du terme permet plusieurs interprétations. La forme associative renvoie plutôt à la notion d'union (défense), rejetant toute forme de contrôle sur la profession entravant sa liberté. Celle de syndicat est jugée comme étant péjorative par les uns : « *Comment nous, Médecins de Paris, nous allons nous syndiquer comme les cochers, les épiciers, les marchands de drap et les médecins de province ! Mais il y a un abîme entre nous et eux. Leur marchandise est tarifée et non la nôtre* »⁶⁴². Alors que la forme emporte le fond pour d'autres : « *Le fait d'être syndiqués, comme les maçons ou les cochers d'omnibus, ne dévalue en rien l'instrument* ».

Une nouvelle période s'ouvre, qui durera jusqu'en 1930. Elle se caractérise par un double mouvement : la population solvable s'élargit, « *les médecins gagnent mieux leur vie, s'enrichissent et deviennent peu à peu des notables respectés ; c'est le moment où apparaissent et commencent à se codifier les principes de la médecine libérale. Mais d'autre part, le mouvement ouvrier, au lendemain de la Commune de Paris, se dote d'organisations diverses et plus puissantes : c'est la période de la création des premières confédérations syndicales (la CGT en 1895), des partis ouvriers (la SFIO en 1905, le PCF en 1921) et, sur le plan social, du développement du mouvement mutualiste. La demande de soins s'intensifie dans toutes les couches de la population, ce d'autant plus que les réels progrès de la médecine augmentent le prestige des médecins.* »

En 1897, le docteur Jeanne publie un tarif indicatif d'honoraires dans *le Concours médical* reposant sur quatre paramètres : la situation financière du client, l'importance du service rendu, la réputation ou la valeur scientifique du médecin et les circonstances matérielles dans lesquelles les soins sont donnés. L'USMF donne pour consigne à tous ses adhérents de l'adopter et de refuser toute formule d'abonnement de forfaits imposés par les sociétés de secours mutuel. « *Progressivement, le syndicalisme gagne son pari. Le paiement à l'acte, fixé selon le tarif Jeanne, devient peu à peu la règle au cours des années suivantes. Ainsi, sous la*

⁶⁴¹ [Turquan Victor](#) (1894) « *Petit manuel de l'assistance publique, des hospices, hôpitaux, bureaux de bienfaisance et des bureaux d'assistance médicale (exécution de la loi du 15 juillet 1893) : textes législatifs et réglementaires, instructions détaillées, commentaires et rapports officiels, statistiques générales, formules et modèles à adopter* », P. Dupont (Paris), p. 5

⁶⁴² *Le Concours Médical*, 1892, n° 12, cité par Damamme, *Op. cit.*

pression de l'USMF, le régime des accidents du travail, créé par une Loi du 9 avril 1898, reconnaît déjà le libre-choix du médecin par les salariés concernés⁶⁴³ ».

Émerge alors au sein de l'élite médicale la perception de la notion de « *pouvoir médical* ». Le « *positivisme scientifique* », triomphant des épidémies, se transforme en un pouvoir médical de plus en plus influent au plan politique. La découverte des agents pathogènes renforce la science et le respect du savant par rapport au profane. Elle conduit à l'augmentation des honoraires et renforce incidemment le regroupement syndical pour mieux l'imposer⁶⁴⁴. Les premiers congrès de médecine du début des années 1900 n'abordent pas encore la création d'un code de déontologie, les luttes d'intérêt sont trop fortes, mais prônent plutôt celle d'un code de confraternité visant à défendre les intérêts de la profession en réponse aux lois sociales qui « feraient fondre une clientèle payante ». Les grands principes seront rappelés dans la Charte de la médecine de 1927. La pléthore médicale est toujours d'actualité. Elle est dénoncée par le D Gouffier⁶⁴⁵ dans un article du *Concours médical* du 10 novembre 1900, article encore cité aujourd'hui, pour différentes raisons.

Les succès de l'USMF dans ses revendications, dont la notion du libre-choix et du paiement à l'acte, lui permettent de regrouper environ 50 % des médecins, principalement libéraux, en 1910. Ils ne parviennent cependant pas à combler le fossé qui existe entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Les reproches sont nombreux : la médecine hospitalière écarte les médecins de ville de l'hôpital, leur abandonnant les tâches les « plus ingrates », mais aussi en pratiquant, par les concours hospitaliers, une sélection à l'entrée par des jurys, disqualifiant ceux qui n'y ont pas réussi (opposition de la médecine « savante » à la médecine « pratique »).

Sur le fond, les syndicats cherchent avant tout à se protéger de l'insolvabilité de leur clientèle ou d'une solvabilité tarifée, ou d'une dépendance vis-à-vis des organismes patronaux, caritatifs ou mutualistes. Les liens avec les syndicats ouvriers sont rejetés, entraînant la création du Syndicat national de la médecine sociale, qui se veut ouvertement au côté de la classe ouvrière, en opposition au capitalisme d'État.

Les hôpitaux se transforment, leur nombre augmente de 30 % entre 1871 et 1911. « *Les pauvres y sont accueillis, non plus seulement comme objet de charité et de compassion, mais aussi comme objet du regard clinique et source d'apprentissage. À la conscience civique et morale de la Nation s'ajoute une conscience " sanitaire " et " médicalisée " qui, par des dispositions législatives adaptées, vient soutenir la solvabilité des plus démunis face à la maladie, assure la lutte contre les épidémies, oblige à la vaccination, facilite la prévention des accidents du travail, mais vient également garantir le libre-choix, le paiement à l'acte et la reconnaissance sociale des médecins " libéraux " »⁶⁴⁶.*

Le rejet par l'USMF en 1914 de la création d'un « corps médical d'État » porte en lui le ferment de la structuration des développements ultérieurs de l'Assurance maladie. Aux souhaits du pouvoir politique, de droite comme de gauche (accès aux soins), associé au patronat (financement des soins), de mettre en place une médecine sociale reposant sur le travail de médecins salariés ou rémunérés forfaitairement (la capitation, le pouvoir politique et le patronat se rejetant mutuellement la responsabilité du financement de ce système), s'oppose systématiquement le syndicalisme médical, farouchement attaché au paiement

⁶⁴³ Laboulière Jean-Jacques, *Op.cit.*

⁶⁴⁴ Adapté à partir de Carlioz Patrick *Op. cit.*

⁶⁴⁵ Dr Gouffier (1900) « L'encombrement de la profession médicale : Causes, résultats, remède », *Le Concours Médical* n° 45 du 10 novembre 1900

⁶⁴⁶ Brémond Marc (1999) « Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre », 1999, in *Pouvoirs, Revue française d'Études constitutionnelles et Politiques*, Vol. 89, p. 119-134

direct à l'acte et, dans la mesure du possible, à la liberté d'honoraires. Cela est toujours d'actualité.

Différentes associations d'internes se créent parallèlement aux syndicats de médecins, à l'orientation libérale. Leurs objectifs sont de « *resserrer et perpétuer les liens qui se sont formés entre les internes des hôpitaux, afin qu'ils se prêtent secours et assistance*⁶⁴⁷ ». Des comités similaires existent en province, avec un clivage patent entre Paris et la province. La concertation entre médecins, ce ne sont pas encore des syndicats, est bien plus tardive que celle des autres professionnels de santé dans les hôpitaux⁶⁴⁸. Il faudra attendre la fin de la guerre 14-18 pour que les questions professionnelles soient abordées lors de banquets et de congrès tels que les « *Congrès de l'internat des hôpitaux et des villes de faculté* ». En 1920, l'« *Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France* » apparaît.

Avant la Première Guerre mondiale, le Comité de l'association médicale des internes peut être considéré comme un « pré-syndicat » qui, s'il reste en marge de l'USMF, apporte néanmoins son soutien à certaines revendications de l'Union. Par exemple, la tentative de création d'un ordre des médecins, munis d'un certificat d'études médicales supérieures, rencontre un rejet unanime du corps médical, « *cette création ne pouvant que déconsidérer, sans profit pour l'intérêt public, le titre de docteur en médecine* ». L'Union se montre elle-même favorable à la formation des médecins par l'hôpital alors qu'elle est hostile à l'élargissement du rôle de la Faculté de médecine (opposition « musclée » à la création du certificat ouvrant la voie à l'agrégation).

Le *serment d'Hippocrate*, prêté à la fin des études, est introduit et adopté sous des formes variables dans les facultés à partir du début des années 1920⁶⁴⁹. À la même époque, l'État offre la gratuité des soins à tous ceux qui bénéficient d'une pension pour blessure ou maladie (Loi des pensions de guerre du 2 avril 1919, principe du tiers payant pour les victimes de guerre). Les tarifs sont établis par décret après entente avec les représentants des organisations et syndicats professionnels autorisés.

Après la Première Guerre mondiale, la France « découvre » le système d'assurances sociales mis en place par Bismarck et le principe conventionnel. Les populations concernées en sont très satisfaites. Le Gouvernement français envisage de l'étendre à l'ensemble du territoire. Une proposition de résolution « *tendant à assurer aux ouvriers et employés français le bénéfice des lois d'assurances sociales en vigueur en Alsace-Lorraine* » est déposée par M. Merlin à la Chambre en 1919. Le premier projet de Loi reprend les principales dispositions du Code allemand, dont les conventions (travaux préparatoires organisés par les ministres de la Santé, M. Jourdain et M. Vincent). Le premier projet de Loi des Assurances sociales est déposé en 1923 par le Dr Grinda, médecin et parlementaire. Il insiste sur le fait que le projet n'implique pas de dépenses nouvelles, mais simplement un déplacement des dépenses (dépense des organisations patronales, des œuvres privées) : « *c'est à toutes ces dépenses, superposées, sans programme défini, que les charges des AS vont se substituer avec régularité et méthode... leur rendement sera supérieur parce que leur utilisation*

⁶⁴⁷ Premier article des statuts du Comité de l'association de l'amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, créés en 1884.

⁶⁴⁸ Cela est probablement lié au fait que ces derniers sont salariés alors que les médecins des hôpitaux publics ont un statut ambigu : ils ne sont pas salariés, mais « bénévoles » alors qu'ils peuvent toucher des indemnités, notamment ce garde. Les fonctions hospitalières sont transitoires, les externes et internes n'étant « que des étudiants en formation ». Les chefs de service sont, d'un commun accord, liés à l'hôpital par un contrat à durée déterminée.

⁶⁴⁹ Pour certains auteurs (« Je jure devant Dieu »), il a plutôt valeur de processus initiatique conférant la solennité d'un engagement religieux à l'obtention d'un titre universitaire de docteur. Il introduit une « fidélité corporative », le médecin ne rendant compte que devant ses pairs. Introduit à la faculté de Montpellier, certaines facultés ne l'avaient toujours pas instauré en 1936.

est basée sur une organisation scientifique »⁶⁵⁰. Ce projet est vivement combattu par le syndicalisme médical, mais aussi par les mutuelles. Il faudra presque 10 ans pour que la loi soit votée le 5 avril 1928.

C.IV.3 *Les années 1920 : lois sociales et opposition*

En 1920, une modification de la Loi de 1919 sur les pensions de guerre entraîne la mise en place d'un tarif fixe et limite le libre-choix, ce qui déclenche le premier conflit frontal entre les médecins et l'État puisque l'Union organise une grève administrative en décembre 1920. Elle obtient la négociation du tarif et le contrôle du tiers payant⁶⁵¹. Plus de 60 % des médecins sont syndiqués, mais un doute subsiste quant aux trois choix possibles : avoir une médecine organisée par des ingénieurs du social, avoir une médecine organisée par les praticiens, la médecine sociale étant organisée par les caisses, ou avoir une médecine organisée par les syndicats. La vision libérale et antiétatique de René Lafontaine, secrétaire général de l'USMF mènera à sa scission. Si elle est globalement favorable au développement d'assurances sociales, elle est farouchement opposée à ce que la loi remette en cause les acquis d'avant-guerre (exercice libéral, libre-choix et paiement à l'acte).

Entre les deux guerres, l'émergence des spécialités en médecine libérale contribue peu ou prou à fragiliser le rôle du médecin de famille. Dans le même temps, le congrès de l'internat à Toulouse en 1922 renouvelle les vœux formulés lors des congrès précédents. Les internes souhaitent notamment concilier obligation d'exercice médical et études et demandent :

- De pouvoir passer leur thèse au cours de leur Internat tout en assurant leurs fonctions, en s'engageant à « ne pas faire clientèle » pendant ces fonctions ;
- D'avoir toute liberté pour exercer des fonctions officielles à la Faculté et percevoir les traitements et indemnités y afférant ;
- D'être assurés contre les risques professionnels et de bénéficier d'échanges entre facultés.

L'Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France (adhésion individuelle), tout comme certains syndicats de spécialistes (ORL, ophtalmologistes, radiologues, etc.) posent problème à la CSMF. Elle représente les Unions de syndicats médicaux selon une logique territoriale, la CSMF refusant les adhésions individuelles. Cependant, les médecins des hôpitaux sont dans l'impossibilité statutaire de jouer le jeu de la médecine libérale. Sur le fond, leurs revendications sont limitées (assurance contre les risques, relèvement des indemnités de garde, représentations aux commissions des hospices, perception d'honoraires tant pour les malades payants que pour les accidentés du travail qui ne sont pas des indigents), et elles sont peu compatibles avec celles des libéraux.

En 1925, le rapport à la protection sociale, avec la notion de tiers payant (refus consensuel des libéraux), mais surtout le rôle souhaité des Caisses d'assurances sociales (mise en place de contrats collectifs), est à l'origine de la scission de l'USMF (création de la CSMF et de la FSMF). La majorité souhaite la mise en place de contrats collectifs pour modifier le rapport de forces défavorable au médecin isolé (CSMF), en lien avec la situation économique difficile d'après-guerre.

Pour ses opposants (la FSMF qui regroupe les syndicats de Paris, Lyon, Marseille et la région Nord, profitant d'une clientèle solvable), le syndicalisme médical doit se limiter au caractère strictement individuel de la pratique et ne pas perturber le « colloque singulier » entre le patient et le médecin. Il prône l'entente directe (honoraires libres). Cette dernière

⁶⁵⁰ Une chronologie de ces travaux est proposée par OLIVERA P. (1993) « Loi sur les assurances sociales du 5 avril 1928 », Site Internet de [l'Histoire de la recherche médicale en santé publique dans la France du XXe siècle – Histrecmed](#)

⁶⁵¹ Hassenteufel Patrick (2008). *Op. cit.*

revendication s'oppose à la notion de système d'Assurance maladie sur la base du modèle bismarckien, principes développés dans le projet de Loi du Dr Grinda en 1923 avec le financement de l'Assurance maladie par les cotisations salariales et patronales, l'obligation de contrats collectifs Syndicats/Caisses sur la base du système alsacien (forfait global, la négociation des tarifs se faisant de gré à gré entre le médecin et le patient). Ce projet comprend aussi la réforme de l'hôpital.

En 1926, la FSMF revendique 4352 membres et 68 syndicats affiliés. Si les plus importants sont situés dans les grandes agglomérations urbaines (le Rhône, le Nord et Bordeaux), Paris à un poids particulier au travers du Syndicat des médecins de la Seine (SMS). Paris concentre la plus grande partie de la clientèle privée et les grands hôpitaux. Plusieurs professeurs de médecine y sont adhérents et facilitent ainsi la diffusion de leurs conceptions par leur légitimité, celles-ci devenant majoritaires. Les débats parlementaires donnent plus de poids aux représentants parisiens. À la même époque naît un groupement des syndicats généraux des médecins spécialistes réunissant les ophtalmologues, les chirurgiens, les ORL et les stomatologistes. Se pose alors au syndicat « généraliste » le problème d'une tarification prenant en compte la reconnaissance de la spécialité. De fait, il s'oppose à la création de « certificats de spécialités ».

Lors du Congrès des syndicats médicaux en novembre 1927, la FSMF réussit à imposer sa Charte commune de la profession médicale « ... *qu'aucune loi, aucun règlement ou contrat ne doit remettre en cause...* ». Elle pose les principes fondateurs de la médecine libérale :

- Le libre-choix du médecin par le malade ;
- Le respect absolu du secret professionnel (code Napoléon de 1810) ;
- Le droit à des honoraires pour tout malade soigné. Entente directe (supprimée en 1945) sur les soins et honoraires entre le malade (ou sa famille) et le médecin, suivant les conditions de la pratique ordinaire ;
- Le paiement direct par l'assuré sur la base des tarifs minimums syndicaux ;
- La liberté thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement devant primer le facteur économique ;
- Le contrôle des malades par leurs caisses, des médecins par leurs syndicats (par leurs pairs), une commission médicale rendant avis en cas de désaccord ;
- La nécessité de représentation du (des) syndicat(s) de médecins dans les commissions techniques organisées par les Caisses.

Si le projet de Loi sur les assurances sociales est voté (enfin) à l'unanimité par les députés, le gouvernement, par la voix de son ministre du Travail et de l'Hygiène, Louis Loucheur, décide de reporter la publication au J.O. et de négocier avec l'USMF. Devant le danger, la loi remet en cause le paiement à l'acte et l'entente directe, mais il s'agit aussi de préserver la liberté d'installation qui est une garantie de l'indépendance des médecins. L'USMF et la FSMF, jusqu'alors concurrente, décident de se regrouper. Le 6 décembre 1928, la CSMF est créée pour empêcher l'adoption du projet de Loi. Le corps médical compte alors 27 500 praticiens, lesquels se plaignent déjà (toujours) d'une certaine pléthore et surtout de la concurrence des rebouteux. La CSMF, à la demande du gouvernement, publie son Code de déontologie médicale et prévoit la création d'un ordre dans le projet de Loi associé.

Fin 1929, le Conseil d'État reconnaît l'exercice de la médecine sous forme salariée. La Loi sur les assurances sociales n'étant toujours pas promulguée, la CGT organise une manifestation pour sa mise en place. Le Dr Cibrié, alors secrétaire général de la CSMF, tente d'exposer les mobiles du corps médical, en opposition à la Loi, et soulève un concert de protestations. Les événements vont se précipiter. Si la première version de la Loi en 1928 instaurait le tiers payant, celui-ci disparaît sous les pressions de la CSMF, lors de sa promulgation.

Les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 instituent, pour les salariés titulaires d'un contrat de travail, une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse (extension de la Loi de 1910) et décès. Elle prévoit aussi la mise en place d'un ticket modérateur (inciter les patients à moins consommer) selon les principes du système bismarckien. La Loi du 30 avril 1928 crée un régime spécial pour les agriculteurs. La Loi du 11 mars 1932 prévoit des allocations couvrant les charges familiales financées par des versements patronaux. À la veille de la Deuxième Guerre mondiale, la France dispose, dans les textes, d'un système de protection complet, mais fragile. Il sera profondément renouvelé après la guerre.

S'il permet de clarifier quelque peu la situation de la médecine libérale, la pratique reste loin d'un système conventionnel. Les modalités de règlement des soins varient en fonction du statut du patient : capitation ou forfait pour les patients bénéficiant d'une mutuelle, paiement direct à l'acte après entente pour les patients pouvant se le permettre, paiement en honoraires conventionnels pour les patients qui en bénéficient... paiement en nature, surtout en campagne. Il existe deux tarifs : le tarif des médecins défini par les syndicats et le tarif des caisses d'assurance maladie, défini par autorité. Les médecins conventionnés ne peuvent prendre un tarif inférieur au tarif syndical sous peine d'être accusés de concurrence déloyale...

1930 marque le début d'une nouvelle période qui s'étendra jusqu'en 1971. « *En effet, en deux étapes essentielles, la législation concernant la couverture sociale des besoins de santé est mise en place : tout d'abord en 1930 avec la Loi sur les Assurances sociales, puis en 1945 avec la création de la Sécurité sociale obligatoire. La première étape est marquée par une relative victoire du corps médical qui arrive à maintenir et à imposer les principes du libéralisme en empêchant l'application de la Loi de 1928 et en obtenant le vote de celle de 1930. La deuxième étape est en fait celle de l'érosion continue de la médecine libérale au sens strict par le développement de la médecine salariée et le conventionnement progressif de la médecine et donc la limitation du principe de l'entente directe. Enfin, la dernière période, qui dure encore (Ndr. article de 1985), voit d'une part la victoire du conventionnement avec la mise en place d'une Convention nationale, à laquelle adhèrent 97 % des médecins libéraux et, d'autre part, l'extension à toute la population de la Sécurité sociale obligatoire. On note pendant cette période un développement important des formes collectives d'exercice de la médecine (médecine de groupe, médecine salariée) et l'apparition (ou plutôt la réapparition) de la revendication du salariat pour tout ou pour seulement une partie de l'exercice médical* »⁶⁵².

Le syndicat des chirurgiens français naît en 1925. Sur le principe, les chirurgiens considèrent que les distinctions entre Paris et la province ou celles liées aux statuts doivent disparaître. Ayant tous la même origine et la même éducation, ils exercent la même profession et ils poursuivent les mêmes buts. De fait, ce syndicat est en opposition avec la CSMF qui poursuit uniquement la défense de la médecine libérale. Les « luttes » opposant la CSMF et les médecins hospitaliers, « fonctionnaires », n'ont pas la même portée en fonction des régions, avec l'ouverture ou non des hôpitaux à la médecine libérale. Par exemple, l'hôpital de Niort est ouvert à tous. Les « indigents » n'ont pas le choix du médecin et leurs soins sont couverts par un forfait annuel. Les autres malades peuvent choisir leur médecin, qu'ils paient à l'acte. La commission des hospices de l'hôpital met à disposition de tous les médecins ses services et locaux. Le prix de journée demandé aux malades payants s'aligne sur celui des maisons de santé privées pour ne pas fausser la concurrence. Si cette ouverture de l'hôpital à la ville est soutenue par la CSMF, elle est en contradiction avec la décision du Conseil d'État de février 1936 qui interdit aux médecins des hôpitaux de percevoir directement des honoraires des malades hospitalisés. Le puissant Syndicat des médecins de

⁶⁵² Péquignot Bruno. *Op. cit.*

la Seine, adhérent à la CSMF, pèse de tout son poids pour que les hôpitaux ne traitent que les indigents.

Le Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics est créé en 1937. Il comprend tous les médecins nommés au concours, pour la défense commune de leurs droits moraux et matériels. En 1938, proposition est faite aux médecins hospitaliers et aux « syndicats de spécialistes » d'adhérer à la CSMF, sous réserve qu'ils acceptent toutes les obligations de la Confédération à l'égard des syndicats qu'elle représente (inscription aux fédérations départementales notamment). Elle restera sans suite, les intérêts étant trop divergents.

La notion de qualité des soins sous-entend, au milieu des années 1900, un enregistrement des données médicales de qualité. Il est à la fois question d'éthique et de recherche médicale. La médecine devenant de plus en plus invasive, les notions de risque médical, de médecine contractuelle (contrat formé entre le médecin et le patient) et de responsabilité y afférant apparaissent avec l'arrêt Mercier du 20 mai 1936. Elles évolueront en 2002.

Depuis le XIXe siècle, les syndicats médicaux souhaitaient la création d'un ordre, prévu par la Loi de 1928, mais jamais appliqué, à la fois pour sanctionner les médecins n'appliquant pas la loi, mais surtout pour se prémunir de la mainmise des politiques sur leur profession et l'organisation des soins.

Après un siècle d'atermoiements, l'ordre des médecins (Le Conseil supérieur des médecins), ne concernant que les libéraux, est créé par la Loi du 7 octobre 1940 (dissolution de tous les syndicats par le gouvernement de Vichy) pour organiser la profession. Dans son premier bulletin, en 1941, le conseil se penche sur le problème des spécialités, peu ou pas abordé jusqu'alors, la notion de spécialiste étant plus ou moins laissée à l'appréciation des compétences de l'intéressé. Neuf « spécialités qualifiées » sont définies (obstétrique et gynécologie, chirurgie générale, dermato-vénérologie, électroradiologie et agents physiques, biologie et laboratoires, neuropsychiatrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie) ainsi que 22 « spécialités libres », qui sont des orientations de la médecine ou de la chirurgie générale. Il est indiqué que « *L'exercice habituel de la médecine générale est interdit aux spécialistes de ces catégories* ».

Robert Debré, membre de la résistance et fondateur du Comité médical de la Résistance (CMR) en 1943, prépare un rapport, « Médecine, santé publique et Population » à destination du Comité français de Libération nationale à Alger. Il s'agit de préparer l'organisation de la médecine et de son enseignement à la Libération.

C.V L'évolution du paysage

C.V.1 *Le paysage hospitalier, de l'ancien régime à la fin des années 1950*

Sous l'ancien régime, l'appellation générale d'hôpital couvre une multitude d'entités de régimes variés, prenant généralement en charge les populations les plus pauvres⁶⁵³. Le pouvoir royal, soucieux de renforcer son influence vis-à-vis de l'Église, forte de ses œuvres de bienfaisance, crée plusieurs hôpitaux d'État. Pour les historiens, la première forme de planification hospitalière a été mise en œuvre par François 1er avec la création du « Grand

⁶⁵³ Voir, par exemple, les définitions données pour l'hôpital et l'Hôtel Dieu dans l'Encyclopédie de Diderot et d'Alembert : « c'est le plus étendu, le plus nombreux, le plus riche, & le plus effrayant de tous nos hôpitaux... Qu'on se représente une longue enfilade de salles contiguës, où l'on rassemble des malades de toute espèce, & où l'on en entasse souvent trois, quatre, cinq & six dans un même lit ; les vivans à côté des moribonds & des morts ; l'air infecté des exhalaisons de cette multitude de corps mal-sains, portant des uns aux autres les germes pestilentiels de leurs infirmités ; & le spectacle de la douleur & de l'agonie de tous côtés offerte & reçue. Voilà l'hôtel-Dieu ». Site Internet [Wikisource](#)

bureau des pauvres » à Paris en 1544 qui fonctionnera jusqu'en 1791. Elle enlève au Parlement la direction des secours à domicile et le prive de la conduite de la « police des pauvres ». Son instauration suit un double objectif : contribuer au soulagement des pauvres et faire reculer la mendicité à Paris par le secours aux personnes âgées et aux enfants de toutes les paroisses de Paris et de ses faubourgs, qui ne sont pas en mesure de gagner leur vie. Il dispose de divers moyens : l'assistance par le travail des personnes valides, la distribution des secours en argent et en nature aux nécessiteux, l'organisation d'un service médical à domicile. Les malades et les infirmes sont hospitalisés dans ses deux maisons hospitalières qu'il gère : la Trinité pour les enfants, l'hospice des Petites Maisons pour les malades aliénés, vénériens ou teigneux⁶⁵⁴.

L'administration des biens et la gestion financière sont déjà des sujets de préoccupation « ... l'immensité des biens fonciers qu'ils représentent [Ndr. à propos des léproseries puis de leur reconversion pour la prise en charge de tous les indigents] fera l'objet de conflits entre le clergé, le pouvoir royal puis, progressivement le tiers état.⁶⁵⁵ ». « À la fin du Moyen-âge, nombre d'hôpitaux étaient devenus, comme la plupart des structures de l'Église, des bénéfices (au sens médiéval du terme : occasion de profits pour des clercs) et l'accueil comme les éventuels soins n'y avaient que peu d'importance⁶⁵⁶ ». Conscient de ces problèmes, le pape Clément V, au cours du IV^e concile œcuménique de Latran réuni à Vienne en 1311, réglemente les structures hospitalières pour lesquelles « il faut des hommes probes, idoines et de bonne réputation ».

L'ordonnance du 19 décembre 1543 donne pouvoir aux officiers royaux de contrôler l'administration hospitalière afin d'endiguer les « malversations de gestion et d'administration » et prévoir la destitution des administrateurs indéliques. Elle est renforcée par l'édit du 15 janvier 1545 qui permet de pourchasser, avec une relative « clémence », ceux « défraudant les pauvres de leurs deüe nourriture et sustentations »⁶⁵⁷.

En 1551, Henri II (fils de François 1^{er}) autorise le prélèvement d'une taxe communale, « le droit des pauvres », pour rééquilibrer le budget des hôpitaux⁶⁵⁸. Charles III généralise la déclaration d'Henri II en l'étendant à l'ensemble du territoire pour s'attaquer au vagabondage par l'institution d'un « domicile de secours⁶⁵⁹ ». Elle instaure l'administration des différents établissements et les rendus de comptes. Outre le Grand bureau des pauvres, différents établissements voient le jour, principalement à Paris.

L'Hôpital « des pauvres et des honteux » est créé en 1576 par Henri III (exclusion des ecclésiastiques de la gestion des dépenses et recettes), l'Hôpital militaire pour invalides en 1604 par Henri IV, l'Hôpital Saint-Louis en 1619 (refondation de l'hôpital fondé par Henri IV après les grandes épidémies de 1562, 1596 et 1606) et l'hôpital des incurables en 1627 par Louis XIII.

Marie de Médicis prend en 1612 la décision d'enfermer les pauvres et les invalides avec l'obligation d'aller dans les hôpitaux, où ils seront conduits rapidement par les « Archers des

⁶⁵⁴ Adapté à partir de la [Société française d'histoire des hôpitaux](#), des [Archives de l'AP-HP](#) et des sources citées précédemment.

⁶⁵⁵ Benoit-Lapierre Nicole, Cevasco Rithée, Zafropoulos Markos (1980) « Vieillesse des pauvres : les chemins de l'hospice » Économie et humanisme, les éditions ouvrières, p.9

⁶⁵⁶ Chevandier Christian (1997) « Les métiers de l'hôpital », La Découverte « Repères », 1997, p. 5, cité par Aubret Joël (2004) « L'hôpital aux prises avec l'histoire », l'histoire du social, l'Harmattan, p. 39

⁶⁵⁷ Imbert Jean (1993) « Le Droit hospitalier de l'Ancien Régime », PUF

⁶⁵⁸ Clément Jean-Marie. Op. cit.

⁶⁵⁹ La première règle de « domicile de secours » a été instaurée lors du concile de Nantes en 686. Ce concile décrète que « suivant leurs ressources, les habitants et le clergé de chaque commune nourrissent d'aliments convenables les pauvres qui y sont domiciliés afin qu'ils n'aillent pas vagabonder dans les autres localités ». Il s'agit de limiter le vagabondage et l'errance des miséreux.

pauvres » créés par François 1er dans le cadre de sa politique de répression locale du vagabondage.

Louis XIV, par l'édit royal du 27 avril 1656, crée l'Hôpital Général de Paris, à l'emplacement de l'actuelle Pitié Salpêtrière, pour les femmes et de Bicêtre pour les hommes. Puis en octobre, l'Hôpital des convalescents est créé, regroupant différents hôpitaux parisiens créés par ses prédécesseurs.

Le 12 juin 1662, l'édit de Louis XIV prescrit la création, dans chaque ville importante, d'un hôtel-Dieu dit « hôpital général », et d'un hospice pour y recevoir et y « renfermer » les pauvres, vieillards, vagabonds, enfants orphelins et « folles femmes ». Ces hôpitaux de province, tout comme l'Hôpital général de Paris, sont surtout des lieux de mendicité, permettant un certain contrôle social, le maintien de l'ordre public, mais aussi la répression. Ce sont aussi des lieux où les pauvres doivent travailler, dans des manufactures, à l'abri du regard, pour contribuer aux ressources financières de l'établissement. Néanmoins, les médecins et les chirurgiens les visitent régulièrement. Lié à l'époque, un service de santé militaire est créé et l'hôpital des Invalides est inauguré en octobre 1694. En 1781, il existe 92 hôpitaux liés à des places militaires. Cette organisation est soumise à la seule autorité du Roi entouré de conseils et de secrétaires d'État. Dans les provinces, les Intendants en assurent la gestion, aidés des contrôleurs, commissaires, inspecteurs, médecins et chirurgiens majors des armées...

Jusqu'à la fin de la troisième république (1870-1940), le système hospitalier restait peu ou prou celui hérité de la Révolution qui avait consacré l'hôpital comme lieu du soin (Loi du 28 mars 1805), transféré le pouvoir hospitalier du religieux au médecin et son financement vers le patient. Le projet de ces années révolutionnaires était d'édifier un nouveau système fondé sur l'assistance, et non plus sur la charité, assistance pensée, régulée, prise en charge et contrôlée par l'État. L'espérance d'une transformation de la société par la mise en place d'un nouveau contrat social avait tenté d'abolir, pour les soins, la distance existant entre le pauvre et le malade. Dans ce système, l'hôpital tente de passer de la charité à la guérison. Les hôpitaux sont appelés à devenir les temples de la médecine, des lieux de formation et de recherche, et, peut-être un jour, des lieux de guérison⁶⁶⁰.

L'hôpital de l'ancien régime avait plus ou moins été démantelé, avec l'abolition des privilèges et l'éviction des congrégations religieuses, et la gestion des hôpitaux avait été confiée aux communes⁶⁶¹. Le décret du 15 octobre 1793 sur l'extinction de la mendicité voit (de nouveau) apparaître la notion de « domicile de secours⁶⁶² » avec la municipalisation des hôpitaux.

La Loi du 7 octobre 1796 (16 vendémiaire an V) complétée de celle du 4 juillet 1799 (16 messidor an VII) avait posé le principe de la gestion des hospices civils (le terme « hôpital » est banni) par les autorités communales. La tradition du maire, président du conseil d'administration de l'hôpital, y trouve son origine (voulu par Chaptal, ministre de l'Intérieur en 1801). Le service d'aide aux indigents est instauré sur tout le territoire. L'avis du Conseil d'État du 17 janvier 1806 décide qu'aucun établissement hospitalier ne peut exister sans autorisation expresse. La composition de la commission administrative (commission des hospices) est fixée par la loi. « *Les administrations municipales auront la surveillance immédiate des hospices civils établis dans leur arrondissement. Elles nomment une commission*

⁶⁶⁰ Adapté à partir de Molinié Éric. Op. cit.

⁶⁶¹ Adapté à partir de plusieurs sources dont Vichard Philippe (2007) « La loi hospitalière du 21 décembre 1941, origine et conséquences », 2007, Histoire des sciences médicales Tome XLI - N. 1, Clément Jean-Marie. Op. cit.

⁶⁶² Titre V article 1er : « Le domicile de secours est le lieu où l'homme nécessiteux a droit aux secours publics. »... alinéa 16 : « Tout vieillard âgé de soixante-dix ans, sans avoir acquis de domicile, ou reconnu infirme avant cette époque, recevra les secours de stricte nécessité, dans l'hospice le plus voisin » et 18 « Tout malade domicilié de droit ou non, qui sera sans ressources, sera secouru, ou à son domicile de fait, ou dans l'hospice le plus voisin. ». On peut y voir l'ancêtre de la CMU.

*composée de cinq citoyens résidant dans le canton, qui éliront entre eux un président et choisiront un secrétaire*⁶⁶³. »

Le décret du 18 février 1809 convertit dans le droit l'usage des sœurs hospitalières pour assurer le service intérieur.

La Loi du 7 août 1851, dite « d'Assistance publique », peut être considérée comme la première charte hospitalière. Elle donne leur autonomie aux hospices et hôpitaux qu'elle distingue⁶⁶⁴. Ses aménagements permettent l'ouverture des établissements aux habitants des communes autres que celle gérant l'hôpital. Le lien entre le domicile et le lieu de soin disparaît « *Lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission dans l'hôpital existant dans la commune* »⁶⁶⁵. S'il était théoriquement gratuit, réservé aux indigents et aux militaires (et blessés de guerre), aux enfants assistés (1869), aux accidents du travail et urgences, le prix de journée (indemnité) imposé aux personnes « hors commune » permet aux établissements d'être remboursés des frais avancés. Cette loi dote les établissements de la personnalité morale qui leur donne une certaine autonomie (budget, patrimoine, possibilité d'agir en justice). La commission administrative assure la gestion, avec un nombre réduit d'administrateurs (conseillers municipaux, notables locaux) prenant des décisions collectives, souvent à huis-clôt⁶⁶⁶. Le maire détient le pouvoir exécutif. Cette loi réintroduit le terme d'hôpital, les hospices étant réservés aux enfants abandonnés, vieillards et invalides. Elle autorise les communes sans hospice ou sans hôpital à traiter avec des établissements privés.

Si les médecins, chirurgiens et pharmaciens sont nommés par cette commission, elle ne peut cependant pas les révoquer sans l'approbation du préfet ou par décision du ministre. Les médecins et chirurgiens en chef doivent effectuer une visite quotidienne, à heure fixe, leurs prescriptions doivent être rédigées sur un registre spécial. Le pharmacien est chargé des distributions des remèdes et autres drogues. À la différence des médecins et chirurgiens qui ont souvent une activité libérale externe et sont souvent, de fait, à temps (très) partiel l'hôpital, les pharmaciens doivent exercer à plein temps dans l'établissement. Le « service intérieur » est assuré par des sœurs.

La comptabilité publique est la règle (elle remonte à Charles X), trois gestionnaires distincts se chargeant de la gestion financière de l'hôpital : un économiste, un ordonnateur des dépenses et un receveur du Trésor, seul fonctionnaire de l'Administration (Loi de 1822 sur la séparation de l'ordonnateur et du comptable).

La problématique des recettes avait été anticipée dès le XIXe siècle, les différents organismes, dont les assurances ou les sociétés de secours mutuel, mais aussi les patients, voire les dons et legs, l'octroi, les taxes et subventions ou les revenus propres de ces institutions, entre autres, assuraient la majorité du financement. Les chirurgiens et spécialistes sont rémunérés par les patients. Les hôpitaux privés sont reconnus (dès 1851), mais la CSMF réussit à empêcher la réforme hospitalière jusqu'au début des années 1930.

Cependant, après la vente des biens des hôpitaux et la suppression de nombreux droits et privilèges sous la Révolution, se pose crûment la question du financement. Le Comité des secours publics fut chargé d'allouer des subsides aux administrations hospitalières en détresse, tant sous le mandat de l'Assemblée législative que sous celui de la Convention nationale. Le prix de journée est créé par le décret du 28 mars 1805 (7 germinal an XIII),

⁶⁶³ [Archives départementales de Corrèze](#), « Sous-série 1 X Administration hospitalière », site Internet

⁶⁶⁴ L'article 1er traite des hôpitaux, lieux où sont dispensés les soins, et l'article 2 des hospices, établissements où sont reçus les enfants abandonnés, les vieillards invalides et les infirmes.

⁶⁶⁵ Article 1er de la loi. Un prix de journée est cependant instauré, cf. infra.

⁶⁶⁶ L'article 8 de la loi précise les compétences de la commission.

complété par l'instruction du 8 février 1823 qui impose aux établissements de le calculer. Aucune règle ni aucun moyen explicite de calcul n'ayant été établis, ce prix de journée évolue fortement d'un hôpital à l'autre. Avec la Loi du 15 juillet 1845, le prix de journée est défini par le préfet de chaque département. Il faudra attendre le décret de 1879 pour que les éléments à intégrer dans son calcul soient partiellement définis. Les premiers éléments de la comptabilité analytique et du « contrôle de gestion » se mettent en place dans les hôpitaux.

Les différents textes de loi organisent le régime du prix de journée pour chaque catégorie de population accueillie à l'hôpital (modes de calcul, plafonds, modalités de révision, etc.). Toutefois, ces modes de calcul peuvent varier entre les établissements, voire en fonction de l'âge des malades ou leur pathologie, alors que, théoriquement, un seul prix de journée est proposé, distinguant uniquement l'hôpital de l'hospice. Ce prix de journée connaîtra plusieurs évolutions jusqu'en 1983 (voir infra).

Sous la pression des responsables hospitaliers, économes et représentants des commissions administratives⁶⁶⁷, la Loi du 28 juin 1918 réforme les lois de 1892 et de 1905 en rendant le prix de journée révisable annuellement et autorise une distinction entre médecine et chirurgie.

La FHF est créée en 1924 pour représenter l'ensemble des directeurs et administrateurs des hôpitaux publics.

En dehors de l'Assistance publique de Paris et des hôpitaux universitaires, le choix des médecins hospitaliers est déterminé en commission administrative. La Loi du 5 août 1879 écarte les ministres des Cultes (membres du clergé) des commissions (sécularisation de l'assistance et de la bienfaisance). Les commissions doivent comprendre, outre le maire⁶⁶⁸, six membres, dont quatre nommés par le préfet et deux désignés par le conseil municipal. Ce système perdurera jusqu'à la Loi du 21 décembre 1941 (Charte hospitalière, complétée du décret du 17 avril 1932), copie presque conforme du décret-loi du 28 juillet 1939, non appliqué en raison de la Déclaration de la Seconde Guerre mondiale, le 3 septembre.

Avec la charte hospitalière de 1941, si la commission administrative conserve ses sept membres, elle comprend maintenant un médecin nommé par le Conseil de l'ordre, nouvellement créé. Le directeur apparaît officiellement dans la hiérarchie, il est nommé par le préfet, après un concours. S'il dispose du pouvoir de nomination sur l'ensemble du personnel, la nomination du personnel médical dépend toujours du préfet ou du ministre. La tutelle de l'État se précise concernant le budget, les nominations et les constructions.

Une distinction est opérée entre les hôpitaux universitaires ou non. Dans les villes, sièges de Faculté ou d'école de médecine, l'établissement universitaire propose au préfet un professeur de clinique pour siéger à la commission administrative. La désignation des chefs de service conventionnés avec l'université reste du ressort de l'établissement universitaire, mais seuls les médecins des hôpitaux, ayant déjà atteint ce grade, peuvent être promus. Le corps médical hospitalier est autonome. Cette autonomie, comme sa liberté thérapeutique, atteint son zénith⁶⁶⁹.

Dans les hôpitaux non universitaires importants, la commission administrative doit recourir à des jurys pour recruter des médecins. Les premières Commissions médicales consultatives (ancêtre des CME) sont créées ainsi que les « cliniques ouvertes », théoriquement en dehors des locaux des services hospitaliers. Les praticiens hospitaliers ou non (médecins libéraux)

⁶⁶⁷ Bouinot Claire (2003) « Les origines du prix de journée dans les hôpitaux de France », 2003, École des Mines

⁶⁶⁸ « Participant financièrement à la marche des établissements, invoquant la notion traditionnelle d'assistance à la charge de la communauté, les communes réclament la haute main sur la gestion des hôpitaux ». Launois Robert J., Giraud Pierre (1986) « Un Système Sanitaire et Social ou l'Absence d'Économicité fait la Part belle aux Relations de Pouvoir », *Les Réseaux de Soins, médecine de demain. Économica 1985 ; Chap. I, pp.7-35*

⁶⁶⁹ Vichard Philippe, *Op. cit.*

peuvent y accueillir une clientèle privée et percevoir directement leurs honoraires. Ces cliniques constitueront la base du futur développement des cliniques privées.

Le statut des médecins hospitaliers est modifié par la Loi hospitalière de décembre 1941. Le décret du 17 avril 1943 fixe les nouvelles institutions à l'hôpital. Les premiers statuts du « médecin hospitalier » sont posés. Il consacre l'organisation de l'hôpital en services, chacun étant alors constitué de plusieurs centaines de lits de médecine ou de chirurgie, pour pallier le faible nombre de médecins.

Trois catégories d'hôpitaux⁶⁷⁰ sont alors définies : les centres hospitaliers régionaux (CHR), situés dans les villes pourvues d'une Faculté de médecine, les centres hospitaliers (CH), dans les villes sans Faculté et les hôpitaux de troisième catégorie.

La charte rénove l'organisation hospitalière française. Les hôpitaux s'ouvrent ainsi aux non-indigents, selon la formule de l'hôpital « toutes classes », c'est-à-dire un hôpital ouvert à la société civile, à toutes les catégories sociales. Elle consacre la mutation d'un hôpital au secours des pauvres à un hôpital offrant une assistance aux malades. D'établissement à vocation médico-sociale, il devient un établissement des soins, pour tous, riches ou pauvres. Le prix de journée (rénové) est généralisé et étendu à tous les hôpitaux qui seront financés en fonction de leur production en nombre de journées d'hospitalisation. Il va constituer la majeure partie des ressources des établissements. Néanmoins, le prix moyen mis en place ne tient compte ni des honoraires médicaux ni de l'intensité des soins. Il vient remplacer progressivement les legs, dons, subventions et produits du patrimoine. Ce prix de journée officialise la médecine payante à l'hôpital. Sa dernière modification sera apportée en 1953. Considéré comme inflationniste, il sera remplacé par le budget global en 1983 puis par la T2A en 2003.

C.V.2 1945, le paysage social évolue

La Sécurité sociale et la version définitive du « nouvel ordre » sont mises en place par 4 ordonnances en 1945 (le 3 mars 1945, l'État doit homologuer les honoraires des médecins, le 27 mai, le tiers payant est instauré pour les anciens combattants, déportés et prisonniers, le 25 septembre, l'Ordre des médecins est créé définitivement, le 19 octobre, le premier régime de la sécurité sociale est instauré). La CSMF, tenant des honoraires libres et du seul paiement à l'acte, s'oppose violemment à l'ordonnance de mars 1945 et au tiers payant. Elle obtient que les principes fondamentaux de la Charte de 1927 soient inscrits dans le Code de la Sécurité sociale (L162-2). Les honoraires seront homologués par une conférence tripartite : la CSMF, les caisses et le gouvernement.

À la différence d'une intégration de la médecine à la protection sociale (système Beveridge⁶⁷¹) ou du système assurantiel bismarckien⁶⁷², le modèle français est « intermédiaire » entre les deux⁶⁷³. L'originalité de l'Assurance maladie française est qu'elle repose sur la coexistence d'une prise en charge socialisée des dépenses avec une offre libérale de soins, d'où une gouvernance du système partagée avec l'État. La santé devient un risque socialisé, le financement est public (création des URSSAF dans les mêmes ordonnances, chargées de recouvrer les cotisations), il repose sur un principe de solidarité et

⁶⁷⁰ Dhordain Alexandre (2007) « Le CHU. L'hôpital de tous les défis », 2007, ouvrage collectif sous la direction d'Alexandre Dhordain, Éditions Privat

⁶⁷¹ Logique d'assistance. Il s'agit de protéger la population contre les risques sociaux par une seule cotisation sans référence à une activité professionnelle. Il s'appuie sur la théorie keynésienne qui justifie la protection sociale, car elle permettra de relancer la consommation. C'est un système fondé sur la solidarité, financé par l'impôt et géré par l'État reposant sur les trois principes d'universalité (accès à tous), d'uniformité (mêmes prestations pour tous) et d'unicité (gestion par l'État). Les prestations et les cotisations sont peu élevées pour ne pas réduire le pouvoir d'achat des pauvres.

⁶⁷² Logique d'assurance et de mutualisation des risques. La cotisation est obligatoire (salariés et employeurs) et est fonction des revenus. Les prestations sont fonction des cotisations. L'État veille sur les personnes. La gestion est l'affaire des organisations professionnelles.

il est doté d'une autonomie de gestion. Pour les médecins, les principes du libre-choix par les malades et le paiement direct des honoraires avec le remboursement par les caisses sont préservés. Les conventions départementales font leur apparition tout comme la notion de « tarifs négociés ». Le principe de la régulation des dépenses est érigé comme règle fondamentale par la Sécurité sociale dès ses débuts.

Pourtant, le Monde titrait déjà le 12 janvier 1948 : « *Le déficit de l'assurance maladie se creuse. Les dépenses ne cessent de progresser* ».

C.V.3 La recherche découvre l'atome et la réanimation

L'institut national de l'hygiène (INH), comprenant 4 sections, nutrition, maladies sociales, hygiène et épidémiologie, est créé par la Loi du 30 novembre 1941, avec le soutien de la fondation Rockefeller. Il est doté d'une double mission : effectuer des travaux de laboratoire intéressant la santé publique et coordonner les enquêtes sanitaires, dans un contexte difficile. Après la guerre, son budget ne représente qu'une infime partie du budget de la recherche publique. Il impulse, avec le CEA, la recherche sur la physique médicale et le traitement des cancers par rayons ionisants.

Dans le même temps, une nouvelle génération de cliniciens s'affirme, soucieuse de mettre la recherche médicale à l'heure des nouvelles sciences du vivant. Si jusqu'alors, les questions de santé publique étaient apparues comme un puissant moteur de progrès, la physiologie cellulaire et moléculaire, la biochimie, voire la génétique, semblent ouvrir de nouvelles et extraordinaires perspectives à la recherche médicale. L'association Claude Bernard est créée en 1950 et fait entrer leurs laboratoires (les centres de recherche), dans l'hôpital, essentiellement à Paris.

Les années 1950 voient l'arrivée de la réanimation médicale, dans le but de franchir un cap de défaillance aiguë d'organes vitaux. Très vite, elle est confrontée à des questions d'éthique, le terme d'acharnement thérapeutique datant de la même époque⁶⁷⁴.

C.VI La seconde partie du XXe siècle

C.VI.1 L'après-guerre

L'ordre des médecins, créé par le gouvernement de Vichy, est dissous par une ordonnance du gouvernement provisoire à Alger le 18 octobre 1943. La CSMF retrouve ses droits avec l'autorisation de créer des syndicats (25 mars 1945). Le Conseil de l'ordre des pharmaciens est créé par l'ordonnance du 6 mai 1945. La Loi du 11 septembre 1941 (relative à la « police des pharmacies » : limitation des officines et réglementation de l'industrie pharmaceutique) est validée le 23 mai 1945. La pharmacie occupe une position originale, de profession commerciale (interdite à la médecine) et de profession de santé libérale.

Le Conseil de l'Ordre des médecins est créé par l'ordonnance du 24 septembre 1945. Il se voit « ... chargé du maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine... et à l'observation des règles dictées par le Code de la

⁶⁷³ [Logique d'assurance et d'assistance](#). L'assurance est obligatoire, publique et privée (complémentaires et mutuelles), financée par les cotisations sociales des salariés et des employeurs. Elle est gérée de façon paritaire par l'État et les partenaires sociaux. Sa mise en place est aussi marquée par l'opposition des mutuelles créées avant-guerre qui refusent de participer et de renoncer à leurs droits et prérogatives. Les professions agricoles conserveront leurs institutions spécifiques comme les salariés des régimes spéciaux (fonctionnaires, marins, cheminots, mineurs, etc.) qui conserveront leurs régimes spécifiques dits « [régimes spéciaux](#) », il en existe 16, à titre « transitoire » (Article L711-1 du code de la Sécurité sociale, toujours en vigueur). La part de l'impôt augmentera régulièrement avec l'apparition de la CSG, entre autres.

⁶⁷⁴ Kenis Y. (1993) « Acharnement thérapeutique », in « Les mots de la Bioéthique. Un vocabulaire encyclopédique » Hottois Gilles, Parizeau Marie-Hélène, Bruxelles, De Boeck -Université.

déontologie. » Le principe d'indépendance professionnelle y est aussi inscrit « ... le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit... »

Le code du « nouvel ordre » reprend les principes fondateurs du code de déontologie de la CSMF de 1937. « Il possédait la même conviction que la liberté de choix des patients, le paiement direct médecin-patient et l'indépendance du médecin des enchevêtrements collectifs garantissaient les fondements moraux de la pratique professionnelle⁶⁷⁵ ».

L'Ordre, soumis à un contrôle assez étroit de l'État, à une triple mission. Il assure la discipline de la profession en tenant, entre autres, à jour les tableaux des médecins autorisés à exercer, il étudie les règles d'exercice de la profession pour qu'elles soient conformes aux principes de moralité et d'indépendance, et, par l'intermédiaire de l'instance des Conseils régionaux, il sanctionne les manquements à ces règles. Il est chargé, à l'égard des tiers et des pouvoirs publics, de la défense des intérêts moraux de la profession.

Il est intéressant de noter que les conseils de l'ordre sont des organismes de droit privé, investis de missions de service public et disposant de prérogatives de puissance publique tout à fait exceptionnelles⁶⁷⁶. Il met aussi en place un groupe traitant de la démographie médicale. Son rapport, publié en 1947, fixe à 40 000 le nombre de médecins pour 1965.

La Confédération (CSMF) a normalement l'exclusive de l'étude et de la défense des intérêts économiques de la profession en signant par exemple des conventions avec l'Assurance maladie, mais aussi en concluant des conventions collectives destinées à protéger les médecins salariés. L'Ordre et la Confédération reposent sur le fond sur les mêmes principes résumés par la Charte médicale de 1927 : le libre-choix du médecin par le malade et vice versa, le respect du secret professionnel et la liberté thérapeutique.

Le 20 octobre 1946, le Conseil national de l'ordre présente des propositions pour la reconnaissance de 10 spécialités et de 21 compétences. Trois ans plus tard, un arrêté fixe officiellement les règles de la qualification, la liste des spécialités à exercice exclusif ainsi que celle des compétences. La qualification constitue un titre officiel permettant de « diriger les services spécialisés des hôpitaux », sous réserve de créer les services correspondants. La tutelle, redoutant une inflation des dépenses de santé, n'autorise que parcimonieusement ces créations.

De nombreux syndicats vont voir le jour, s'unir, se séparer ou disparaître, en fonction des objectifs du moment (on reproche à la Confédération de privilégier les spécialistes). Le Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des Hôpitaux publics (devenu le SNAM-HP en 1985) est recréé en 1947. Le premier Code de déontologie médicale est publié le 28 juin 1947 (décret du 27 juin 1947).

L'année 1948 est marquée par différents mouvements de grève administrative, dont celle des chirurgiens de la région Rhône-Alpes. Ils contestent notamment le fait que les cliniques privées pratiquent une facturation à l'acte supérieure à celle des hôpitaux publics. Plus généralement, les médecins de l'hôpital public perçoivent des honoraires inférieurs à ceux pratiqués en ville ce qui entraîne quelques tensions.

La codification des spécialités médicales (liste des spécialités et conditions de reconnaissance) est définie le 6 octobre 1949 : le médecin spécialiste est distingué du

⁶⁷⁵ Nye Robert. A (2006) « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 », *Le Mouvement Social*, 2006/1, n° 214, pp. 19-36

⁶⁷⁶ Tabuteau Didier (2010) « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, 2010/1, n° 26, pp. 103-121. « Ils peuvent prélever des cotisations obligatoires et constituent, pour leurs chambres disciplinaires, des juridictions administratives. L'importance professionnelle et politique de cette construction juridique est telle que, dans leur quête de reconnaissance, plusieurs professions paramédicales ont revendiqué, et, depuis une date récente, obtenu la création d'un ordre professionnel. Les professions de santé comptent désormais sept ordres : l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues et des infirmiers ».

médecin compétent alors que, jusqu'à lors, la qualité de spécialiste s'appréciait généralement par l'expérience et la notoriété dans une logique d'évolution de carrière. Le principe du conventionnement, qui prévoit la définition de tarifs opposables, reste peu appliqué.

La création des certifications de spécialité puis la mise en place de leur enseignement au cours des études médicales et l'installation en cabinet de spécialité entraîneront une augmentation très rapide de la « médecine de spécialité ». Elle est associée à une hiérarchisation symbolique de la pratique (par une distinction tarifaire notamment), mais aussi à l'évolution des techniques et technologies. Elle entraîne sur le fond, une segmentation du corps médical, notamment en plusieurs syndicats, avec non seulement des idéologies diverses (plus ou moins conventionnelles, plus ou moins libérales), mais aussi des intérêts divers, voire divergents ou opposés, mais avant tout économiques.

La spécialisation a une conséquence importante. La médecine générale se définit de plus en plus par la négative, comme étant « ce qui reste », d'où, en réaction, la création de syndicats défendant l'existence d'un savoir spécifique à cette forme d'exercice, aboutissant aujourd'hui à sa reconnaissance comme spécialité. Une seconde segmentation apparaît, celle de la médecine ambulatoire où prévaut le paiement à l'acte vs la médecine « stationnaire » et la médecine hospitalière, où prévaut le salariat, malgré tout atténué par le fait que de nombreux médecins exercent dans les deux secteurs. « *Pour redonner aux médecins généralistes l'influence qui leur revient par rapport aux spécialistes, en raison de leur nombre et de leur fonction sur la conduite de l'action professionnelle* », le D. Valingot, en désaccord avec la CSMF, crée le Syndicat national des médecins-omnipraticiens français (SNMOF) en 1951. C'est l'ancêtre de MG-France.

La Fédération nationale des médecins salariés, contractuels et fonctionnaires, affiliée à la CGC, est créée en 1951 devant le refus de la CSMF de représenter la médecine salariée et celui du SNAM-HP, en lien avec le syndicat des chefs de service lié aux universitaires et proche de la CSMF, mené par les professeurs Creyssel, Mollaret et Mirallie (professeurs universitaires), de défendre leurs demandes et intérêts. Avec cette fédération de médecins salariés, la CGC avait d'autre part montré l'intérêt et l'efficacité de la réunion dans la même personne, de compétences médicales et de celles exigées par une gestion moderne d'entreprise. Prévoyant le salariat et une certaine forme de lien de subordination, ces propositions furent âprement combattues par les grands professeurs de l'époque. Le système de couverture sociale pour les médecins hospitaliers est finalement mis en place en 1954. Le 7 mai 1954, le Conseil d'État reconnaît le médecin hospitalier comme « agent public ». La rémunération de leur activité doit être regardée comme un traitement et est soumise, de fait, aux mêmes dispositions que celles prévues pour les traitements et salaires.

Deux arrêts de la Cour de cassation en 1959 concluent au lien de subordination entre les médecins et les hôpitaux, ce qui entraîne leur affiliation à la Sécurité sociale. Leur qualité de fonctionnaire ou d'agent public relevant de la Sécurité sociale n'est reconnue que s'ils exercent à temps complet. Un service partiel à l'hôpital « *pourra être regardé de la part d'un médecin se consacrant par ailleurs à l'exercice libéral de son art comme un prolongement de celui-ci n'entraînant pas son affiliation au régime général de la Sécurité sociale.* » Cette position est relativement ambiguë. Elle démontre la présence simultanée des deux modes d'exercice, mais remet en cause la notion de subordination, *in fine*, du salariat selon le Code de la Sécurité sociale. La généralisation du « plein-temps » pour les médecins interviendra avec la réforme Debré en 1961 tout en maintenant une différenciation des statuts entre les professeurs d'université (PU), les praticiens hospitaliers (PH) et les médecins non-fonctionnaires.

L'encombrement médical est toujours un sujet de préoccupation. Le président de la CSMF, constatant que le corps médical est passé de 30 000 à 36 000 entre 1947 et 1953, écrit en 1954 : « ... *Ces simples incidents prouvent surabondamment que le problème de la pléthore se pose déjà de façon aiguë, car le chiffre de la population est loin de présenter une progression parallèle*⁶⁷⁷ ... »

Au cours des années 1950, le « scandale des hôpitaux publics⁶⁷⁸ » est un prélude à la réforme hospitalière de 1958, mais aussi de l'enseignement. Les concours de l'externat et de l'internat, hospitaliers, étaient en concurrence avec l'enseignement universitaire. En 1956, la situation des hôpitaux est « catastrophique ». Les conditions d'hospitalisation avaient peu changé depuis le XIXe siècle, les grandes salles communes comportant 30 à 40 lits, les chambres individuelles étant absentes ou réservées aux maladies infectieuses ou aux « grands malades ». Les insuffisances matérielles étaient réelles liées à la vétusté des locaux et des équipements insuffisants.

En 1956, Albert Gazier, militant CGT, devient ministre des Affaires sociales. Découvrant que les conventions sont peu (dépassements généralisés dans les départements où une convention existe) ou pas appliquées (à Paris, Lyon et Marseille, mais aussi dans plus d'un tiers des départements), il propose une application stricte du tarif opposable en interdisant aux caisses de rembourser des honoraires différents, dispositif se complétant de sanctions pour les médecins ne respectant pas les règles établies. Dans son projet, pour les départements sans convention, des centres de diagnostic et de soins gratuits avec des médecins salariés doivent être créés, en concurrence avec les libéraux.

Démocrate convaincu, il négociera avec la CSMF, très partagée sur ce projet, jusqu'à son départ en 1957. Son projet ne sera jamais mis en œuvre. Malgré tout, l'idée d'une convention pour assurer la viabilité de la profession commence à s'installer.

C.VI.2 La réforme de 1958

Les trois ordonnances de décembre 1958⁶⁷⁹, dites réformes Debré, réforment le système hospitalier, qui sera dominé par la constitution d'un nouvel établissement, le Centre hospitalier régional et universitaire (CHR & U). Il unit le CHR et la faculté de médecine, permettant d'assurer aux médecins-professeurs un plein-temps entre le travail à l'hôpital et leur charge de cours. Les deux premières ordonnances amplifient le rôle des hôpitaux qui, outre de pourvoir au traitement (avec ou sans hospitalisation) des malades, doivent assurer la prévention, par les examens de médecine préventive et de diagnostic, et la réadaptation fonctionnelle. Leur objectif est la relance du secteur public hospitalier.

L'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des Centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHR & U), à la réforme et au développement de l'enseignement médical instaure une médecine hospitalo-universitaire exclusivement hospitalière, en créant le temps plein médical. Avant cette réforme, les médecins partageaient leur temps entre la Faculté, l'hôpital et surtout le cabinet médical « de ville ». Le Centre Hospitalier régional et universitaire (CHR & U), unissant le CHR et la Faculté de médecine (la dualité Hôpital - Faculté est supprimée par la fusion du « médicament » et de l'agrégation de médecine), permet d'assurer aux médecins-professeurs, avec leur nouveau statut unique de chef de service hospitalo-universitaire, un plein-temps entre le travail à l'hôpital et leur charge de cours.

⁶⁷⁷ Vergez Bénédicte. *Op. cit.*

⁶⁷⁸ *Demande de la réforme du recrutement du personnel médical régi par la loi de 1849 pour l'AP-HP, discrimination religieuse, demande de réforme de l'enseignement par les étudiants (renforcement des sciences fondamentales).*

⁶⁷⁹ *Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre, portant sur la réforme de la législation hospitalière, n° 58-1199, du 13 décembre, portant sur la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation, ordonnance n° 58-1370, du 30 décembre, portant sur la réforme hospitalo-universitaire. Ces réformes s'inspirent du rapport Flexer de 1910 qui avait guidé la modernisation de la médecine américaine.*

Les chefs de service ne sont plus nommés par le préfet, mais issus d'un recrutement national commun des ministres de la Santé et de l'Éducation nationale, puis élus par les pairs de la Faculté concernée.

Le 24 septembre 1960, un décret complète l'ordonnance du 30 décembre 1958 (58-1370) et précise le statut des professeurs hospitalo-universitaires. Exerçant à « temps plein », ils perçoivent une double rémunération hospitalière et universitaire. Il leur impose, en contrepartie, de consacrer la totalité de leur temps aux soins, à l'enseignement et à la recherche. Il crée le corps des professeurs universitaires et praticiens hospitaliers (PU-PH). Les scientifiques qui ne sont pas médecins sont éloignés de la recherche médicale.

Tous les chefs de service en exercice ont la possibilité de devenir professeurs s'ils acceptent le « plein-temps ». La notion de plein temps est sujette à controverses, les missions se répartissant entre soin, enseignement et recherche. Si, dans l'esprit du législateur, ce n'était pas seulement les hommes, mais aussi les services des CHR & U qui devaient fonctionner à plein temps, pour ces trois activités, cela n'impliquait pas que chaque médecin hospitalo-universitaire devait partager son temps entre ces trois activités. Ce partage devait s'effectuer en fonction des compétences, des circonstances ou du déroulement de carrière, le partage pouvant varier dans le temps, éclaircissement qui resta souvent dans l'ombre⁶⁸⁰. Le statut des médecins hospitaliers à temps plein non-universitaires dans les hôpitaux généraux est défini en 1961.

Ces ordonnances rénovent et réforment l'enseignement médical en faisant la promotion de disciplines fondamentales comme la biologie. L'anesthésie devient une spécialité à part entière (8 janvier 1958). Elles ont aussi pour conséquence de valoriser les spécialités, aux dépens de la médecine générale, leur consécration venant en 1982 avec la mise en place de l'accès exclusif par l'Internat. Toutes les spécialités médicales, y compris la dermatologie ou la médecine légale, sont intégrées à l'hôpital.

Les représentants de la Sécurité sociale sont introduits au sein de la commission administrative et les directeurs d'hôpital voient leurs pouvoirs renforcés. La première ordonnance se complète du décret de création d'organes nationaux chargés de la conception et du contrôle de la politique hospitalière⁶⁸¹.

Les hôpitaux publics se rémunèrent toujours sur la base du prix de journée, fixé par arrêté préfectoral. Leur assiette est plusieurs fois réévaluée (prix « tout compris », hors honoraires médicaux) par différentes dispositions législatives et réglementaires.

Au côté de l'hôpital public, le décret d'application (24 avril 1959) de l'ordonnance du 11 décembre 1958 dessine « en négatif » les contours de l'hospitalisation privée à but lucratif : (Art 13) « *sont considérés comme établissements sanitaires privés au sens de l'article L. 734-3 du Code de la santé publique, tous les établissements de soins comportant hospitalisation qui n'ont pas la nature juridique d'établissements publics ou qui ne sont pas gérés par l'État, les départements, les communes ou les établissements publics* ».

La mise en place des réformes Debré débute en janvier 1959. Elle s'effectue non sans quelques résistances syndicales virulentes (SNAM-HP) ou catégorielles, comme l'Intersyndicale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de l'AP-HP, par exemple, qui souhaite conserver ses particularismes locaux. Les seniors trouvent aussi⁶⁸² un

⁶⁸⁰ Dhordain Alexandre. *Op. cit.*

⁶⁸¹ Ce sont : la Commission nationale de l'équipement hospitalier, chargée de l'inventaire des équipements sanitaires et donnant son avis sur les créations, les transformations ou les suppressions d'hôpitaux et de la modernisation de l'équipement, le Conseil supérieur des hôpitaux chargé des questions relatives aux statuts des personnels médicaux rattachés aux hôpitaux et le Conseil supérieur de la fonction hospitalière.

⁶⁸² Le développement de l'hospitalisation privée est lui aussi le fruit d'une longue évolution, liée à celle des techniques médicales, rendant de plus en plus difficile la poursuite de certains diagnostics et traitements thérapeutiques à domicile. « Des médecins,

appui des jeunes médecins, chefs de clinique à la Faculté, désirant faire carrière dans un CHU et non pas dans un hôpital non universitaire, de seconde ou de troisième catégorie.

La CSMF est également hostile à la réforme : elle craint une mainmise de l'État sur la profession et dénonce entre autres un privilège accordé aux CHR & U. L'Académie de médecine, par la voix de Georges Duhamel, son secrétaire général, s'y oppose frontalement. Les doyens de Faculté font des contre-propositions, telles que la réévaluation des programmes d'enseignement, la modification de l'internat et la suppression de l'externat, l'indépendance de la profession médicale, etc. La dernière opposition, et non des moindres, vient du ministère des Finances, au vu des coûts de la réforme (locaux, équipements...).

L'activité libérale est prévue pour assurer l'attractivité de l'hôpital public tant pour les médecins que pour les patients. Elle permet aussi d'éviter la « fonctionnarisation » de la médecine hospitalière, tant redoutée et décriée par le corps médical. Deux fois par semaine, les médecins peuvent recevoir leurs patients à l'hôpital en consultations « privées » ou les faire hospitaliser dans des lits (dits « lits privés ») mis à disposition par l'hôpital à cet effet. Les honoraires sont fixés avec le patient « par entente directe ». Ce sont des considérations philosophiques telles que la relation médecin – patient, les notions de confiance ou de responsabilité qui furent la base de cette décision. Cette idée permit aussi, en accordant aux professeurs d'État la possibilité d'une activité privée dans l'hôpital public, de faire accepter la réforme Debré. Ce secteur privé des « pleins-temps » fut, par souci d'égalité, étendu aux médecins non universitaires recrutés à plein temps dans les Hôpitaux publics appelés à l'époque de « premier » ou de « second groupe ». Faute de locaux adaptés ou en quantité suffisante, nombre de médecins continuèrent alors à exercer dans leur clinique.

Certains auteurs voient, dans cette réforme, le début de la démedicalisation de la santé, c'est-à-dire la prise de pouvoir de la direction et de la gestion des établissements par l'Administration, par le biais notamment de l'ENSP (l'école de formation des directeurs économes d'établissements hospitaliers publics a été créée en 1960 à Paris. Elle sera réorganisée et partira à Rennes en 1966. Elle deviendra l'EHESP en 2004⁶⁸³). Si nombre de syndicats médicaux se flattaient d'un manque d'intérêt pour la gestion, tâches subalternes et peu valorisantes pour l'élite (« *l'intendance suivra* »), d'autres, le plus souvent affiliés à la CGC, considéraient que l'évolution rapide des nouvelles techniques et technologies de soin, la diversité des personnels, l'évolution des mentalités et surtout l'envolée des coûts devait conduire les « nouveaux » praticiens hospitaliers à prendre conscience des multiples changements à venir, et de leurs nouvelles responsabilités induites.

Si, pour certains, la réforme menée autour des « pleins-temps » a permis la constitution d'une médecine de pointe, pour d'autres, la généralisation de ce plein-temps a accentué la séparation et les rivalités entre le monde hospitalier public et la médecine libérale dite de ville tout en générant ce que l'on a appelé « *l'hospitalo-centrisme* » avec le risque d'une certaine « *déshumanisation* » de la médecine.

Les liens entre médecine et politique évoluent dans le même temps. À la fin du XIXe siècle et au début du XXe, les groupes parlementaires (médicaux) avaient élaboré des programmes

mais surtout des chirurgiens, des obstétriciens et des sages-femmes, qui ne peuvent faire admettre leurs malades à l'hôpital public dès lors qu'ils n'y ont pas été nommés, créent, seuls ou en groupe, des cliniques privées où ils peuvent traiter une clientèle ayant les ressources suffisantes pour les honorer ». Launois Robert J., Giraud Pierre. Op. cit.

⁶⁸³ L'évolution des objectifs de santé publique, l'accroissement des besoins, la modernisation des techniques, la transformation des établissements, conduisent naturellement au changement des pratiques professionnelles, à la mutation des métiers, à l'amélioration des profils, au renforcement des compétences et, partant, au renouvellement des formations. Pour prendre en compte ces évolutions et donner à l'École un rayonnement international, l'École des hautes études en santé publique, toujours à Rennes, se substitua à l'ENSP par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004. L'École comprend six départements d'enseignement et de recherche : sciences de l'information et de biostatistiques, épidémiologie et recherche clinique, santé, environnement et travail, institut du management, sciences humaines, sociales et comportements de santé, sciences infirmières et paramédicales. Source : [Société française d'histoire des hôpitaux](#)

législatifs en lien avec les organisations syndicales. Il en avait été de même entre les deux guerres. Néanmoins, certains semblent regretter que les médecins parlementaires ne soient plus que des parlementaires-docteurs en médecine⁶⁸⁴, oubliant leur profession au profit des impératifs de leur parti, au lieu de « *porter remède à l'incompétence en matière médicale que l'ensemble des médecins reproche aux instances politiques ordinaires, et de faire triompher une certaine conception de la médecine*⁶⁸⁵ ». Ces réformes marquent un certain désarroi du corps médical vis-à-vis d'une société qui lui imposerait de plus en plus d'obligations et se montrerait de plus en plus hostile. « *La médecine individuelle et artisanale, dite libérale, disparaîtra dans un avenir prochain. Que toute une part de nous-mêmes, sentimentale ou vénale, répugne à ce mouvement ; que d'ailleurs la conjoncture politique actuelle nous invite légitimement à y résister, car nous ferions les frais d'une réforme qui ne profiterait à personne et achèverait de pourrir ce qui n'est pas encore pourri...*⁶⁸⁶ » Qu'en est-il aujourd'hui ?

Le conventionnement des médecins est mis en place par décret du 12 mai 1960 sur la base de l'entente collective (syndicats et Assurance maladie) et du paiement à l'acte (distinction entre corps médical et pharmaciens). Ce décret prévoit la permission d'adhérer individuellement à la convention, dont tous les articles sont obligatoires, dans les départements non conventionnés. La valeur des lettres-clés de la NGAP est uniformisée par départements. Des avantages sociaux sont accordés sous conditions. La tentative, initiée en 1956, de créer des centres de soins gérés par la Sécurité sociale, où les médecins seraient appointés à la fonction (capitation), est âprement rejetée par les syndicats de médecins. Néanmoins, les tarifs médicaux sont plafonnés par arrêté ministériel et les dépassements de tarifs sont normalement encadrés. Une commission paritaire mixte caisse-syndicats est chargée de la question de la qualité des soins. Trois formes de dépassements sont cependant autorisées : les dépassements en raison de la fortune du patient (DF), les dépassements pour notoriété du médecin (DN) et les dépassements pour exigence de temps et de lieu (DE).

La CSMF, jusqu'à lors systématiquement opposée à l'idée d'un tarif conventionné, change de tactique. Le bon niveau de remboursement des soins lié à l'expansion économique permet aux malades d'être bien soignés sans pour autant recourir à l'hôpital, malgré la place centrale que celui-ci occupera peu à peu. Elle adhère donc à la convention de 1961 espérant apporter des améliorations de l'intérieur. Cependant, une minorité médicale venant des régions systématiquement opposées au conventionnement depuis 1920 (Paris, Lyon et Marseille) fait sécession et crée l'USMF, en raison de leur radiation par la CSMF. L'USMF deviendra la FMF en 1967.

La sectorisation du secteur psychiatrique apparaît en 1960.

Le concours de l'Externat est mis en place en 1964. Dans la même année, tous les centres de recherche sont presque tous transformés en unités de recherche (les UR), avec la création de l'INSERM à la suite de la disparition de l'INH. Si, à ses débuts, les directeurs de laboratoire sont généralement des médecins, la recherche se tourne rapidement vers la recherche fondamentale, plus propice à des publications de haut niveau dans les revues prestigieuses anglo-saxonnes.

Au milieu de l'année 1966, constatant un déficit patent de la Caisse nationale d'assurance maladie, les cotisations patronales sont légèrement augmentées et le Trésor doit intervenir pour avancer des fonds permettant ses paiements. La spirale déficitaire est en marche sans que l'opinion publique soit alertée de la nécessité d'une réforme avant la campagne électorale de 1967. Les dépenses croissent de 7 à 8 % en moyenne par an dans tous les pays modernes alors que le PIB ne croît que de 5 %. Georges Pompidou, Premier ministre,

⁶⁸⁴ Adapté à partir de Pincemin Jacqueline et Laugier Alain. (1959) Op. cit.

⁶⁸⁵ Ibid.

⁶⁸⁶ Ibid., citant Jacques Sarano, « Médecine et médecins », Paris, Éditions du Seuil, 1959, p. 270

annonce une réforme de la Sécurité sociale. La réorganisation des caisses entraîne une séparation financière des risques dans trois branches distinctes : santé (CNAM-TS), famille (CNAF) et vieillesse (CNAV-TS).

La gestion de leur trésorerie est assurée par une agence centrale, l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ASOSS). Trois régimes existent alors, le régime des travailleurs salariés pour le régime général (CNAM-TS), la MSA pour le régime agricole et la CANAM pour les indépendants (remplacé par le RSI en 2006 par la fusion de l'AVA, de la CANAM et d'Organic). Les régimes spéciaux sont maintenus.

Avec son projet de Loi précurseur en 1968, Jean-Marcel Jeanneney, ministre des Affaires sociales, propose une véritable planification sanitaire par la création d'une carte sanitaire et sociale, amorce une régionalisation des services communs des hôpitaux en élargissant le rôle des CHR et décentralise certaines grandes concertations hospitalières. Ce projet ne peut être mis en œuvre en raison de la démission du gouvernement Pompidou, liée aux événements de 1968.

Ceux-ci démarrent plus tardivement en médecine, mais entraînent la suppression des examens de juin. La réforme de l'enseignement fait partie des revendications, avec la remise en question des fonctions hospitalo-universitaires (les « mandarins »), bénéficiant du soutien plus ou moins affiché de plusieurs professeurs et des syndicats de médecins, libéraux pour la plupart, qui demandent de la fin de la séparation entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. Le Conseil de l'ordre est occupé. Ces demandes aboutissent, entre autres, à l'extension de l'accès aux fonctions hospitalières à tous les étudiants, dès la troisième année et à la suppression de l'Externat, avec, en contrepartie, la mise en place d'un *numerus clausus* qui implique une forte sélection à la fin de la première année⁶⁸⁷.

C.VI.3 1970 : le service public hospitalier

Le modèle expansionniste de l'hôpital, caractérisé par une forte autonomie, liée à leur origine communale, et le développement « anarchique » des hôpitaux publics et des cliniques, connaît un ralentissement avec la crise économique du début des années 1970. Les 3/5èmes des surfaces existantes en 1975 ont été construites après 1962. Dans le même temps, l'augmentation du nombre de médecins hospitaliers, en lien avec la spécialisation croissante de la médecine, de la complexification des techniques médicales et des soins, tend à faire augmenter le nombre de services, mais aussi à faire diminuer le nombre de lits qui leur sont rattachés.

Les travaux préparatoires au VIe plan montrent la nécessité de trouver des fonds supplémentaires aux ressources prévues pour financer l'Assurance maladie. Ces travaux préparatoires permettent de définir le cadre du système de santé et son organisation. La Loi du 31 décembre 1970 définit la notion de service public hospitalier⁶⁸⁸, prenant en compte deux secteurs, le secteur public, majoritaire en médecine et le secteur privé (lucratif et non lucratif), majoritaire en chirurgie et obstétrique. Le secteur libéral sauve sa liberté d'installation⁶⁸⁹. Cette notion repose aussi sur l'idée de la complémentarité entre les secteurs

⁶⁸⁷ Vergez Bénédicte, *Op. cit.* page 157 et suiv. Le *numerus clausus* est défendu par le Syndicat autonome des enseignants en médecine (SAEM) avec l'appui de la Fédération des syndicats autonomes de l'enseignement supérieur (FSAES). Il sera mis en place en 1971. Déplaudé Marc-Olivier (2009) « Instituer la "sélection" dans les facultés de médecine : Genèse et mise en œuvre du *numerus clausus* de médecine dans les années 68 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, n° 2, 2009, p. 78-100. Déplaudé Marc-Olivier (2009) « Une mobilisation contre-révolutionnaire : la refondation du syndicat autonome des enseignants de médecine en mai 1968 et sa lutte pour la "sélection" », *Sociétés contemporaines*, 2009/1, n° 73, p. 21-45

⁶⁸⁸ Le service public hospitalier a pour mission d'assurer les examens de diagnostic, le traitement, dont les urgences, des malades, blessés et des femmes enceintes et leur hébergement éventuel. Il concourt à l'enseignement universitaire et postuniversitaire, médical et pharmaceutique, et à la formation du personnel paramédical, il concourt aux actions de médecine préventive qui pourraient lui être confiées, il participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire.

⁶⁸⁹ Carlioz Patrick. *Op. cit.* p 206

public et privé, par le biais de procédures de coopération. Les établissements privés non lucratifs deviennent des PSPH, des concessions et associations de service public sont signées avec le secteur privé lucratif. En recentrant l'hôpital sur ses fonctions sanitaires, il devient la clé de voûte de ce service public hospitalier⁶⁹⁰.

Une nouveauté apparaît : au classement traditionnel issu des lois de 1943 s'ajoute un classement par nature des soins visant à optimiser l'utilisation des équipements, avec une distinction des courts séjours des moyens et longs séjours. L'activité de soins dans l'hôpital s'organise autour de la notion de service. La carte sanitaire est mise en place (planification sanitaire, instauration d'un plateau technique minimum). Elle favorise la mise en place de plateaux techniques complets (imagerie, blocs, analyses médicales) et renforce le rôle de l'État dans la régulation hospitalière. Le courant hospitalo-centré s'organise autour des hôpitaux et des urgences avec la création du SAMU et du SMUR.

L'Administration dénonce la « conception hôtelière » de l'hôpital, sur laquelle est fondée la tarification au prix de journée « tout compris », global et opaque, inadapté aux progrès techniques, incitant à augmenter les durées de séjour. Ce prix de journée a pratiquement doublé entre 1968 et 1972 (médecine, chirurgie, maternité). En confondant dans son calcul le prix d'hébergement, de la recherche du diagnostic, du traitement, des dépenses administratives... il n'entretient qu'un rapport lointain au coût réel des prestations. La tarification à la journée rend l'activité hospitalière imperceptible au regard administratif, en ce sens qu'elle ne permet pas « *d'obtenir une appréciation du caractère économique de la productivité et du service rendu*⁶⁹¹ ».

Les différentes tentatives de réformes achoppent (prix de journée éclaté, forfait hospitalier, etc.) en raison des désaccords sur les propositions, mais aussi des oppositions, entre les différentes directions nouvellement réorganisées (la DH, la Direction générale de la Santé [DGS], la Direction de la Sécurité sociale [DSS] et la Direction de l'Action sociale [DAS]).

Le statut des médecins attachés se rapproche de celui des PH (le statut des médecins non universitaires à temps partiel est défini en 1974). Le droit des malades apparaît avec le libre-choix du médecin et de l'hôpital, et l'accès, théorique, à son dossier. Le problème des gardes, des astreintes et du repos compensateur est soulevé, mais sans offrir de solutions satisfaisantes pour les intéressés.

L'hôpital rural instauré par les ordonnances de 1958, en remplacement des hôpitaux de troisième catégorie, devient une unité d'hospitalisation en 1971 puis un hôpital local en 1979. Ils sont représentés par la Fédération nationale des hôpitaux locaux (FNHL). L'idée est de dynamiser les campagnes (contrat de pays), les médecins « de famille » pouvant y dispenser des soins à leurs patients (consultations). La nouvelle convention signée entre les médecins et la Sécurité sociale entraîne des débats enlevés autour des centres de soins, qui sont de nouveau rejetés par les syndicats de médecins. Néanmoins, les lois du 30 juin 1975 et du 4 janvier 1978 aménagent les notions d'hospitalisation partielle (gradation des soins) et d'hospitalisation déléguée, « ancêtre » de l'HAD, dont la définition reste relativement ambiguë.

Entre 1964 et 1974, le nombre de médecins à plein temps a pratiquement été multiplié par 5 (6 284 en 1972, 8 987 en 1974), le nombre de médecins attachés par 3,6 alors que le nombre de médecins à temps partiel diminuait faiblement. Les ordonnances de 1958 avaient modifié

⁶⁹⁰ « Il s'agit aussi de la traduction institutionnelle d'un idéal de gouvernement rationnel de l'hôpital porté par des planificateurs et hauts fonctionnaires de la santé à la fin des années 1960 » Gay Raymond (2011) « Les réformes hospitalières au début des années 1980 : une bifurcation du système hospitalier ? », 2011, AFS, RT6, Politiques sociales, protection sociale, solidarité, Working papers. 2011-3

⁶⁹¹ Gay Raymond (2011) « Les temporalités complexes de la construction d'une innovation : la tarification à l'activité à l'hôpital (années 1960 – années 2000) », IVe Congrès de l'Association française de sociologie, Session du RT 6

la composition de la Commission médicale consultative (CMC), les lois de 1970 élargissent sa composition aux non-chefs de service et y intègrent un représentant du personnel paramédical. Les médecins souhaitant être associés à la gestion hospitalière, les CMC voient leurs compétences étendues aux questions budgétaires.

La Loi du 3 février 1971 introduit dans le Code de la Sécurité sociale les principes d'une convention nationale liant les syndicats médicaux représentatifs et les caisses d'Assurance maladie. Le 29 octobre 1971, la première convention nationale des médecins est signée par la CSMF avec les caisses nationales d'Assurance maladie⁶⁹². Il y est acté que la médecine libérale reste l'un des fondements du système de santé tout comme le libre-choix du médecin par le patient et la liberté d'installation. « ... *La médecine, quel que soit le perfectionnement de ses techniques... doit avoir toute liberté dans le choix de ses prescriptions pour déterminer la thérapeutique appropriée... La profession médicale organisée reste fermement attachée au paiement direct à l'acte par le malade...* »

Cette convention lie automatiquement tous les médecins, sauf refus exprès et individuel. Un outil statistique est mis en place, les « tableaux statistiques d'activité des praticiens » (TSAP). La convention permet de mettre fin à près d'un siècle de batailles tarifaires. Elle est aussi assortie d'avantages fiscaux et sociaux. Sur le fond, les médecins se voient confier une mission de service public dans la délivrance des soins ambulatoires tandis que l'Assurance maladie y trouve une forme de garantie d'égal accès aux soins pour les assurés⁶⁹³. Elle permet aussi de solvabiliser la demande et de garantir les revenus, en contrepartie d'un effort d'efficacité des médecins conventionnés et d'une autodiscipline dans les prescriptions qui doivent être dans « *la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement* ». Cette première convention fait disparaître les conventions départementales et les adhésions individuelles, notamment dans les départements hostiles à la convention. Il existe néanmoins deux zones tarifaires : Paris et la province. Les possibilités de dépassement d'honoraires sont maintenues dans deux cas : les dépassements exceptionnels (DE) liés à des contraintes spécifiques de temps ou de lieu, et les dépassements permanents (DP), en raison de la notoriété des praticiens, reconnus sur des listes préfectorales. Ils bénéficient des mêmes avantages que les tarifs « opposables » : cotisations sociales, remboursement pour le patient dit « Secteur I avec DP ».

La NGAP de 1960 est modifiée en 1972 en introduisant la notion de lettre clé. Selon les dispositions générales de l'arrêté du 27 mars 1972, l'article 1er indique : « ... *Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation.* » L'article 2 précise que « *Tout acte est désigné par une lettre clé et un coefficient. [Ndr. 1er alinéa] La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux. [Ndr. 2e alinéa] Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel...* »

À partir de 1975 (plan Durafour), les premières mesures sont progressivement mises en place pour réduire la consommation pharmaceutique, principalement à la charge du patient (baisse du taux de remboursement des médicaments et augmentation de la participation financière de l'assuré, déremboursement de certains médicaments), mais aussi,

⁶⁹² J.O. du 31 octobre 1971 n° 0758. Depuis la loi Teulade de 1993, la convention repose sur un schéma commun à toutes les conventions, défini par l'article L162.5 du code de la Sécurité sociale.

⁶⁹³ Hartmann Laurence (2010), « Les conventions médicales » in : [la lettre du collège des économistes de la santé](#), septembre 2010, n° 3. IRDES collectif (2013) « Historique des conventions médicales », 2013, [IRDES](#).

indirectement des professionnels concernés par la baisse du prix de certains médicaments. Différents plans seront mis en œuvre (Barre, Veil, Bérégovoy, Dufoix, Seguin, Évin, Bianco, Durieux, Teulade⁶⁹⁴) jusqu'au milieu des années 1990 (plan Évin, plan Juppé) qui marqueront un profond changement avec la mise en place des lois de financement de la Sécurité sociale votées par le Parlement.

En 1974, les syndicats médicaux (libéraux) revendiquent la création d'un fonds d'assurance formation (FAF). L'UNAFORMEC (Union nationale des associations de formation médicale continue) est créée en 1978. Le syndicat de la médecine générale (SMG) est créé en 1975. Il sera transformé en Union des syndicats médicaux en 1979. Ce syndicat est promoteur d'une médecine d'État, gratuite, avec des praticiens ayant le statut de salariés. Ils inspirent une plate-forme électorale portée par l'association « Santé et socialisme⁶⁹⁵ », fondée en 1974, regroupant des usagers et des professionnels des secteurs sanitaire et social. Elle est dirigée par des médecins pour lesquels leur activité est relativement dévalorisée dans un contexte hospitalo-centré mettant en avant le curatif et la technique.

La seconde convention est signée en 1976. L'accès au DP est supprimé, mais les médecins qui en bénéficient peuvent le conserver. Le rôle économique des organes de concertation est accentué, avec la nécessité d'étudier les incidences de coût pour l'Assurance maladie sur le système de soins en prévoyant une variation des tarifs médicaux avec un dispositif de lettres-clés « flottantes » indexé sur la croissance du PIB. Ce dispositif ne sera jamais appliqué. Pour la première fois, le rôle des médecins dans la prévention et l'éducation sanitaire est explicitement évoqué. Les deux plans successifs pour sauver la Sécurité sociale vont conduire à relever les cotisations (plan Barre), instaurer un ticket modérateur sur les transports. Les retraités sont mis à contribution (plan Veil), la notion de médicament de confort apparaît. La spécialisation grandissante des hôpitaux et de leurs plateaux techniques entraîne un besoin de plus en plus important en personnel spécialisé. Le nombre de lits est bloqué pour les établissements publics et privés en 1977.

La Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 expérimente d'autres modes de tarification en sus du prix de journée, seul mode de tarification depuis 1941. Elle instaure le forfait soins. Les unités de long séjour sont créées. La politique de santé doit faire face à un dilemme entre la satisfaction des exigences sociales et la maîtrise des dépenses qui croissent plus vite que le PIB depuis le début des années 1970 et qui pèsent sur le financement de la Sécurité sociale. C'est dans ce contexte que sont entreprises les grandes réformes du système de santé en 1979 et 1980.

La Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) est mise en place en 1978. Elle autorise en théorie l'accès à titre personnel l'accès aux informations médicales. Néanmoins, l'article 6 précise dans son 5e alinéa que l'Administration peut refuser la consultation ou la communication d'un document qui porterait atteinte au « *secret de la vie privée, des dossiers personnels et médicaux* ».

C.VI.4 1979 : la maîtrise des dépenses de santé

La Loi du 2 janvier 1979 sur le *numerus clausus* permet de fixer directement, par arrêté ministériel, le nombre d'étudiants pouvant être admis en deuxième année d'études de médecine, d'odontologie et de pharmacie, en fonction des besoins de santé de la population. Les étudiants en médecine font grève contre la loi. Cette problématique (*numerus clausus vs*

⁶⁹⁴ Voir p. ex. le document de l'IRDES : IRDES (2013) « La politique du médicament en France », IRDES, [site Internet, rubrique Synthèses](#)

⁶⁹⁵ Gay Renaud (2012) « [La réforme de l'hôpital en 1981 Préparation, contestation et imprévisibilité de l'alternance](#) », IEP de Grenoble

« *Pléthore médicale* ») est un sujet récurrent depuis la Révolution, toujours d'actualité⁶⁹⁶. Les intérêts divergents des acteurs concernés rendent l'appréciation de cette problématique et la recherche de solutions particulièrement complexe, car elle adresse, entre autres, l'ensemble du système de santé.

Le 23 octobre 1979, 90 % des médecins sont en grève contre le plan d'austérité du gouvernement destiné à lutter contre l'inflation. Ils fustigent « la médecine au rabais » et l'annulation de la revalorisation des honoraires. Jacques Barrot proposait un vaste plan de redressement des dépenses de santé et demandait aux médecins, en contrepartie de l'augmentation de leurs honoraires, de mettre un frein à la consommation médicale et pharmaceutique, dont ils sont les ordonnateurs, et de limiter les arrêts de travail qu'ils accordent à leurs patients salariés. Elle est suivie d'une manifestation des médecins le 5 juin 1980. Le tarif des consultations est fixé unilatéralement par le gouvernement.

Le ministre de la Santé tente d'imposer le paiement des honoraires des « pleins-temps » par la caisse de l'hôpital. Ce projet est abandonné en raison de l'opposition du SNAM-HP. La Loi du 29 décembre 1979 met en place la suppression des lits par autorité du ministre de la Santé. La Loi du 31 décembre 1979 incite les établissements à « établir des liens de solidarité inter-hospitalière ». Il s'agit d'éviter les doublons et de favoriser les coopérations par le biais de groupements inter-hospitaliers ou de syndicats inter-hospitaliers (permettant la création et la gestion de services communs pour ces derniers).

Le décret du 17 avril 1980 modifie le classement des hôpitaux et crée une nouvelle classe : les centres hospitaliers de secteur. Il n'oblige plus les centres hospitaliers généraux à posséder des services spécialisés, notamment pour enrayer leur spécialisation croissante et la croissance soutenue des dépenses de santé qui, dans un contexte de croissance économique ralentie, mettent à mal le modèle hospitalier expansionniste, fondé sur une forte croissance.

Dans la foulée des lois relatives à la maîtrise des dépenses de santé (gouvernement Barre), l'arrêté du 5 juin 1980, relatif à la 3e convention, crée le secteur 2 à tarifs libres, remplaçant le « droit au dépassement permanent (DP) » octroyé en 1960 à certains praticiens « *en raison de leur notoriété, de leurs titres ou de leurs travaux particuliers*⁶⁹⁷ ». Si, dans le secteur 1, les médecins s'engagent à respecter les tarifs conventionnels, les médecins du secteur 2 peuvent fixer librement leurs honoraires avec « tact et mesure ». En contrepartie, ils renoncent à certains avantages sociaux accordés au secteur 1, dont l'Avantage social vieillesse (ASV) pris en charge au 2/3 par l'Assurance maladie. Cette convention mentionne également un objectif d'une maîtrise concertée des dépenses de soins ainsi que le projet d'élaboration de méthodes d'évaluation et de contrôle du bon usage des soins.

Le syndicat de la médecine libérale (SML), proche du secteur 2, est créé en 1981 et se pose en concurrent de la FMF. Il sera reconnu représentatif pour les spécialistes en 1993 et les généralistes en 1994. Le Comité Vigilance et Action et l'Union nationale des omnipraticiens français (UNOF) sont créés par la CSMF, en réaction à la création du secteur 2 à laquelle ses médecins généralistes adhérents sont opposés.

Jacques Barrot, ministre de la Santé, missionne Pierre Gallois en 1980 pour un rapport concernant l'organisation du système de santé. Il sera terminé en février 1981. Il interroge différents aspects du système de soins, dont son organisation, son poids économique et ses

⁶⁹⁶ Wallach Daniel (2011) « *Numerus clausus : Pourquoi la France va manquer de médecins* », 2011, Springer. Pincemin et Laugier indiquaient en 1959 « ... Mais, quel qu'ait été leur nombre, les médecins ont toujours cru qu'ils étaient trop nombreux. Il suffit de parcourir les collections de journaux professionnels depuis le début du XIXe siècle pour s'en rendre compte... » Pincemin Jacqueline, Laugier Alain, Op. cit.

⁶⁹⁷ [Gateland Raymond. Op. cit. - Site Internet](#). La mesure était soutenue par la FMF alors que la CSMF, pour qui cela mettait fin au principe du remboursement intégral des frais médicaux, était particulièrement contre.

coûts, mais aussi la place du « médecin de famille », du patient : « *Le malade, confiant en la toute-puissance des techniques vantées par les médias, circule d'un spécialiste à l'autre, se soumet à une médecine découpée, morcelée, préoccupée davantage des organes que des individus* » et de l'adéquation aux besoins⁶⁹⁸.

C.VI.5 Les années 1980 : réformes et oppositions

En 1981, François Mitterrand prévoit, dans ses propositions (n° 85), la suppression de l'Ordre des médecins et la création de centres de santé et de soins gratuits gérés par les caisses ou les mutuelles (les Centres intégrés de soins) et la généralisation du tiers payant, modalité de prise en charge que certains syndicats de médecins appellent de leurs vœux depuis le milieu des années 1970⁶⁹⁹. Les réformes proposées par le ministre de la Santé, Jacques Ralite (dont la suppression du clinicat, le statut unique de médecin hospitalier avec une grille de salaire unique, la suppression des services remplacés par des départements où les responsables seraient élus par l'ensemble des personnels médicaux et soignants⁷⁰⁰, la suppression du « secteur libéral » à l'hôpital public, etc.), entraînent une forte opposition du corps médical, libéral et salarié. Le mouvement médical, représenté par un comité de liaison « Solidarité médicale », défile et organise à deux reprises une grève des soins avec le soutien du Syndicat des médecins des hôpitaux publics.

En 1982, le premier projet de départementalisation entraîne le renforcement de la contestation. Si les chefferies de service sont néanmoins supprimées, les chefs de service restent. La Loi du 29 octobre 1982 supprime le secteur libéral dans l'hôpital public. Devant la contestation, il est maintenu, à titre transitoire, jusqu'au 31 décembre 1986.

En février 1983, l'annonce d'un projet de réforme du statut des médecins hospitaliers élargit la mobilisation contre les réformes. Une grève nationale est déclenchée, 17 syndicats de médecins y participent. Un conseil de médiation est mis en place par le gouvernement.

Reprenant les grands principes d'une première loi-cadre définie en 1979, la Loi du 31 décembre 1982 réforme la formation médicale (harmonisation des diplômes européens) en instaurant un concours national d'accès aux filières de spécialité, elles sont quatre, « Générale », « Spécialisée », « Santé publique » et « Recherche », et un résidanat de médecine générale (troisième cycle avec une formation pratique hospitalière), aboutissant à un doctorat de médecine générale ou spécialisée. Ce concours garde l'appellation d'internat⁷⁰¹. Il devient la voie d'accès exclusive aux spécialités... et il entraîne un effet de barrage qui a tendance à exclure les généralistes, rapidement stigmatisés par la « sélection par l'échec ». Les clivages professionnels déjà importants entre généralistes et spécialistes s'accroissent, renforçant la dualisation du corps médical⁷⁰².

Le PMSI est introduit en France (phase de conception) pour répondre au problème récurrent de l'évaluation de l'activité médicale hospitalière⁷⁰³, impossible avec les prix de journée. Il

⁶⁹⁸ Gallois Pierre, Taib Alain (1981) « De l'organisation du système de soins. Rapport au ministre de la Santé », La Documentation Française

⁶⁹⁹ Hassenteufel Patrick (2010) « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes » in Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier (dir.). *Singuliers généralistes*, Presses de l'EHESP, pp.403-418. L'Acte fondateur du SFG en 1975 est la publication d'une charte qui rejette la médecine libérale et appelle à une transformation globale du système de santé. Le programme d'action du SMG est centré sur la remise en cause du paiement à l'acte et la création d'« unités sanitaires de base », permettant de pratiquer une médecine gratuite, « indépendante du profit » et de l'industrie pharmaceutique.

⁷⁰⁰ L'idée sous-jacente est la redistribution des pouvoirs internes par la substitution des départements aux services. Composé d'UF et dirigé par un coordonnateur, il doit permettre la prise en charge « globale et personnalisée » des malades au sein d'une UF et améliorer la gestion des hôpitaux par une meilleure coordination des soins, une optimisation des plateaux techniques et une responsabilisation des médecins. Adapté à partir de Gay Raymond, 2011, Op. cit. page 16 et suiv.

⁷⁰¹ Différent de l'ancien internat des hôpitaux qui visait à pré-recruter le corps des praticiens hospitalo-universitaires.

⁷⁰² Segouin Christophe (2000) « La formation continue des médecins dans les hôpitaux publics », in [ADSP](#) n. 32, p 26-27, septembre 2000

⁷⁰³ Circulaire n° 16 du 18 novembre 1982 de la Direction de l'hospitalisation relative à l'informatisation des hôpitaux publics

visé à mesurer la production hospitalière en rapprochant l'activité médicale et la consommation des ressources à partir d'une classification des séjours fondée sur la notion des « Groupes Homogènes de Malades » (GHM).

Après la comparaison de deux types de tarification (le prix de journée « éclaté » et le budget global), la réforme hospitalière préparée en 1983 (Pierre Bérégovoy), sur fond de rigueur, décide la mise en place de la dotation globale de financement (Loi du 19 janvier 1983, décret du 11 août 1983) et instaure le forfait journalier hospitalier à charge de l'assurer. Le budget global marquera le recul temporaire de la comptabilité analytique et du contrôle de gestion en établissement.

L'ampleur du déficit de la Sécurité sociale ayant été sous-estimée, une contribution de solidarité de 1 % des revenus des personnes physiques imposables à l'impôt sur le revenu est créée. C'est le 1 % Delors, applicable du 1er novembre 1982 au 31 décembre 1984⁷⁰⁴. Pour la première fois, les revenus du capital (patrimoine et placement) sont appelés à participer au financement de la Sécurité sociale. Cette période marque le début d'une première phase politique qui cherche d'un côté à renforcer la maîtrise des coûts, entre autres par la baisse du remboursement de certains médicaments et prestations, et de l'autre à surtout augmenter les recettes, dans un contexte économique incertain. Les déficits allant s'aggravant, malgré une accalmie pendant les années 1984 et 1985, la seconde phase sera mise en œuvre à partir de 1990 (cf. *infra*). Une taxe sur les tabacs (25 % du prix par paliers de 5 %, invalidé par la Communauté européenne en 1984) et les alcools (la vignette « Sécurité sociale » sera supprimée en 1984) de plus de 25 degrés d'alcool est instaurée. Le forfait hospitalier est mis en place.

Le budget global et la départementalisation permettent l'importation de techniques de gestion à l'hôpital avec, comme objectifs, une meilleure maîtrise des dépenses. Le budget global est conçu comme un outil de gestion. Une Direction par objectifs (DPO) est introduite à l'hôpital. Les Centres de responsabilité (CR) sont créés⁷⁰⁵. Chaque responsable de CR prépare les TAPAM (Tableaux de bord prévisionnels d'activité et de moyens), puis le budget prévisionnel est arrêté et transmis à la tutelle. Une révision trimestrielle est prévue. Il s'agit de rationaliser et d'encadrer les dépenses hospitalières concernant les CHU dans un premier temps. Il sera étendu à tous les hôpitaux et PSPH à partir de 1985.

Le taux d'augmentation des dépenses hospitalières (taux directeur) est fixé par le gouvernement, à charge aux préfets des départements de le faire respecter. Le préfet peut se substituer aux CA pour réformer le budget proposé. La FHF y voit une perte d'autonomie des hôpitaux et s'y oppose, ainsi que la CGT et FO. La loi supprime les « budgets supplémentaires ».

Le Comité national d'éthique est créé en 1983. C'est une première dans le monde. Une expérimentation est menée concernant l'utilisation d'une carte à mémoire contenant le carnet de santé pour le suivi des vaccinations. Elle est expérimentée à Blois. Une seconde expérimentation est prévue, prenant la forme d'une carte à mémoire spécifique pour les patients hémodialysés, visant à faciliter leur prise en charge sur l'ensemble des centres en France. Les prémices d'un dossier médical informatisé voient le jour.

La Loi du 3 janvier 1984, portant sur l'organisation du service hospitalier, décide la mise en place du budget global, réforme l'organisation interne de l'hôpital public en créant les départements (regroupement de services) et renforce l'autorité hiérarchique du directeur,

⁷⁰⁴ IRDES collectif (2013) « Plans de réformes de l'assurance maladie en France », [IRDES](#), mise à jour en juillet 2013, site Internet, [Synthèse et dossiers bibliographiques](#)

⁷⁰⁵ « C'est un ensemble coordonné de moyens humains et matériels présentant un caractère stable, mis en œuvre sous une autorité unique, au bénéfice d'une mission, d'une ou de plusieurs activités. Il recouvre des entités médicales, médico-techniques, administratives, logistiques ou mixtes ». La négociation annuelle des crédits est menée par le chef du CR.

non-médecin, à l'ensemble du personnel, y compris médical, « dans le respect de la déontologie et des responsabilités médicales ».

La départementalisation rencontre de fortes réticences (grève des étudiants de CHU, des internes puis des chefs de clinique). L'activité s'était organisée historiquement autour des services en lien avec un régime dual et ambigu : un corpus de règles d'organisation d'une part, la liberté d'organisation d'autre part, devant concilier réglementation et indépendance. Le corps médical y voit le risque de la perte de son indépendance professionnelle. La continuité des soins est cependant assurée.

Le décret du 24 février 1984 définit le statut des personnels enseignants et hospitaliers :

- Les agents titulaires de la fonction publique : PU-PH, maîtres de conférences PH (MCU-PH), disciplines pharmaceutiques comprises, les PH universitaires (PHU) exerçant leurs fonctions à titre temporaire ;
- les agents non titulaires : les chefs de clinique et assistants-hospitaliers universitaires (CC, CCA et AHU).

Et crée le statut de Praticien Hospitalier (PH), agent public sous statut, dissociant le grade et la fonction (admission sur concours). La fusion des carrières universitaires et hospitalières décidées par la réforme Debré ne pouvait s'appliquer facilement en raison de certaines inadéquations entre les besoins en personnels universitaires et les besoins en personnels hospitaliers, notamment pour certaines spécialités. La création du statut de PH, rattaché uniquement au ministère de la Santé, était une réponse aux problèmes posés par la bi-appartenance.

En réaction à la départementalisation, aux modifications des statuts, à la suppression de l'internat traditionnel... le SAEM décide du boycott de toutes les instances, jurys d'examen, commissions hospitalières et universitaires et, surtout, commissions de départementalisation nouvellement créées pour mettre en place le découpage en unités et départements. Dans les CHU, la départementalisation sous-entend la séparation des départements hospitaliers et universitaires. Pour nombre de médecins hospitaliers, c'est « *la fin de l'ordonnance de 1958* ». Sur le fond, la réforme entamée par Jacques Ralite remettait en cause la double appartenance, hôpital-université et exercice en secteur privé au sein de l'hôpital. La départementalisation risquait de mettre à mal le système hiérarchique immuable sur lequel reposait le système hospitalier.

Syndicats et intersyndicales sont divisés sur la départementalisation. Plus de 30 syndicats se regroupent en deux intersyndicales, l'INMH (Intersyndicat des médecins hospitaliers) et l'INPH (Intersyndicat des praticiens hospitaliers). Si l'INMH, avec le soutien de la CGC, n'est pas trop opposée à la « départementalisation » et y voit une évolution du rôle des médecins dans les hôpitaux, l'INPH s'y oppose, redoutant « *la subordination totale du corps médical au corps administratif* »⁷⁰⁶. Les opposants créent le Comité de liaison et d'action des syndicats hospitaliers (CLASH). Cette opposition concerne plusieurs aspects : les chefs de service craignent de perdre leur titre et considèrent qu'il est inadmissible que leurs compétences soient critiquées, les PH des CHU se voient fermer les postes de chef de département, certains médecins dénoncent l'autoritarisme des futurs « super mandarins ».

Ils sont unanimes dans leur refus de « la mainmise de l'Administration sur l'activité et les carrières médicales ». Pour le syndicat des professeurs, « *la départementalisation est une humiliation, un rabaissement de l'élite médicale* ». Seuls les principes de l'élection et du mandat limité semblent leur convenir. « *Cependant, ils refusent que les représentants des personnels non médicaux, dont ils ont obtenu qu'ils ne participent pas cette élection, soient*

⁷⁰⁶ Wallach Daniel. (2011). *Op. cit.* Aujourd'hui, ces deux syndicats sont regroupés sous le signe INPH qui regroupe une douzaine de syndicats médicaux.

*désignés par les syndicats et non pas élus*⁷⁰⁷ ». Les syndicats médicaux de gauche sont opposés au projet gouvernemental alors qu'il est soutenu par la fédération CGC des médecins. Pourtant, nombre de médecins rejettent l'actuelle hiérarchie figée... même si tous parlent de la responsabilité médicale vis-à-vis du malade, qui appartient au chef de service... alors que dans le monde libéral, elle est de la responsabilité du seul médecin prenant en charge le patient.

Jean Terquem, chirurgien et conseiller d'État nommé « Monsieur département hospitalier », doit relancer la concertation et aboutir à un accord avant les élections de 1986. Selon lui, le département permet de mettre fin à la « cooptation », donne une responsabilité économique aux médecins hospitaliers et les dote d'un pouvoir décisionnel vis-à-vis de l'Administration. Le projet est maintes fois remanié et finalement accepté par le Conseil supérieur des hôpitaux en juin 1984 et ratifié par le Conseil d'État début juillet 2004. Mais le remaniement ministériel mi-1984 allait raviver les opposants. Après de longues hésitations, le décret de départementalisation est finalement publié le 29 décembre 1984. Il vient s'ajouter à une longue série de réformes complétée par l'expérimentation du PMSI prévue pour 4 ans. Le décret d'application modifié sera publié un an plus tard, le 6 décembre 1985. Il ajoute l'avis du CA à la nomination des responsables de département, la possibilité d'une départementalisation partielle et celle, pour les chefs cliniques, d'être nommés responsables d'unités fonctionnelles. Dans les faits, la départementalisation sera très peu appliquée, le « guide de départementalisation » jamais publié par la DH.

Le 14 novembre 1985, après un avis favorable de la CNIL, deux arrêtés sont déposés pour l'expérimentation d'une carte à mémoire, dite « carte Santé ». Cette expérimentation menée à Blois vise à la prévention et au suivi des examens obligatoires. La carte doit comporter un volet *sur les Antécédents*, regroupant le groupe sanguin, les allergies et les traitements. Ces mêmes données devaient être reconduites plus tard sur la carte Vitale.

La quatrième convention médicale avec l'Assurance maladie (4 juillet 1985, CSMF, FMF) abandonne le principe de l'enveloppe globale d'honoraires et de prescription, qui avait « fortement hérissé » le corps médical, en contrepartie d'un « timide » engagement sur la maîtrise des dépenses et du bon usage des soins. Le lien entre la valeur des lettres-clés et la cotation des actes dans la NGAP est institué. Le principe des Centres agréés de soins est laissé de côté. La convention invite les médecins à faire des propositions sur les urgences et la permanence des soins, les alternatives à l'hospitalisation, la prévention et l'éducation sanitaire, l'épidémiologie et la formation en lien avec les autres disciplines médicales⁷⁰⁸.

La Loi du 6 janvier 1986 instaure l'aide médicale d'urgence qui s'appuie sur le SAMU et définit les missions de régulation médicales attribuées au Centre 15.

La Loi du 9 janvier 1986 crée la fonction publique hospitalière qui se substitue à l'organisation statutaire du 20 mai 1955. Le statut des médecins est préservé. Le statut d'agent contractuel apparaît. La gratuité des soins pour le personnel hospitalier est actée.

En novembre 1986, 49 syndicats départementaux se réunissent pour la défense de la médecine libérale et créent MG-France, fédération française des médecins généralistes, qui sera reconnue comme syndicat représentatif en 1989 par Claude Évin.

Le changement de majorité en 1986 entraîne la réintégration du secteur privé dans l'hôpital public (« *si l'intérêt du service public n'y fait pas obstacle* ») pour les « pleins-temps », le 1er janvier 1987, par le biais d'autorisations et de contingentement de cette activité (suppression des « lits privés », exercice d'une activité publique d'au moins 50 % pour les praticiens, mise en place d'une commission de contrôle). La Loi du 24 juillet 1987 rétablit les

⁷⁰⁷ *Ibid.*

⁷⁰⁸ Laboutière Jean-Jacques, *Op.cit.*

chefferies de service et le service comme unité de base de l'hospitalisation, tout en laissant la possibilité aux services de se regrouper, en totalité ou en partie, en département et de définir des pôles d'activité permettant aux jeunes praticiens agrégés, sans perspective de devenir chefs de service, de bénéficier de délégations de gestion de leur chef de service. L'internat « est restauré ». Les lois de janvier 1984 et de juillet 1987 modifient la Loi de décembre 1970 : les CMC, devenues CME, n'ont plus l'obligation de publier le rapport sur l'évaluation technique et économique des soins. Les pôles d'activité et les fédérations de service sont de nouvelles entités créées par le décret de 1988.

Le Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA) est mis en place en janvier 1986. Il permet aux médecins conventionnés de moins de 65 ans qui l'acceptent de recevoir une allocation de départ à la retraite (ADR).

« L'objectif initial de ce dispositif était de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à maîtriser les dépenses d'assurance maladie. Cette allocation est financée par des cotisations des praticiens conventionnés et par les caisses d'assurance maladie. Elle est gérée par la caisse autonome de retraite des médecins français⁷⁰⁹. » Assoupli en 1996 puis durci en 1999, il sera supprimé le 1er octobre 2003. Il se complétera dans ce projet de Loi de financement d'un dispositif qui *« vise à inciter les médecins et infirmiers, qui le souhaitent, à poursuivre ou à reprendre leur activité une fois en retraite. Cette possibilité vise notamment les zones à faible densité démographique »*.

Pendant le printemps 1987, les États généraux de la Sécurité sociale⁷¹⁰ sont menés avec l'objectif de réformer en profondeur la Sécurité sociale. Le rapport de Jean Marmot inspirera le projet de Loi relatif à l'Assurance maladie. C'est le 3e plan Séguin dit « *Plan de financement du déficit* » du 29 mai 1987. Il doit rapporter 21,7 milliards de francs. Il en rapportera 10. La majeure partie du rendement obtenu est la résultante d'effets psychologiques, qui amènent les malades à réduire leur consommation médicale. Les chiffres définitifs de 1987 de l'assurance maladie ont fait apparaître pour la première fois une baisse (-0,8 % en francs constants).

Mi-1988, le « Consultanat » est mis en place. Il permet aux Professeurs d'Université d'être maintenus en surnombre jusqu'à 68 ans (décret du 6 mai 1988). Ce statut sera modifié par la Loi hospitalière du 31 juillet 1991 et le décret du 20 août 1992. Cette fonction n'est plus automatique, les candidatures et les missions sont soumises à l'avis motivé du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement qui examinent l'opportunité et le contenu de la demande. Le mouvement de protestation des infirmières contre les lois Barzach, « *Ni bonnes, ni nonnes ni connes* », n'est lancé en octobre 1988. Il entraînera la création de la Coordination nationale infirmière (CNI).

En 1989⁷¹¹, le PMSI est étendu à tous les hôpitaux de plus de 100 lits (publics et PSPH). Cependant, l'ambiguïté entretenue autour du PMSI, à la fois instrument d'analyse de l'activité et instrument de tarification, obère son appropriation par les acteurs et ralentit son développement⁷¹². Les médecins y voient aussi un outil grossier et médicalement peu pertinent.

⁷⁰⁹ Sénat, « *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003* », Chapitre II « *Une nouvelle politique de régulation des soins de ville* », site Internet du Sénat.

⁷¹⁰ *Son emblème sera la baleine, mammifère marin menacé de disparition.*

⁷¹¹ *Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 de la Direction de l'hospitalisation relative à l'informatisation des hôpitaux publics. Elle pose le principe de l'obligation du schéma directeur informatique et de la normalisation des informations obligatoires au fonctionnement des applications informatiques des établissements. Elle acte de la liberté de choix en matière d'informatique hospitalière.*

⁷¹² Molinié Éric. *Op. cit.*

C.VI.6 Les années 1990 : Les lois Évin, les ordonnances Juppé

La cinquième convention nationale des médecins (arrêté du 27 mars 1990), signée par la FMF et les trois principaux régimes d'Assurance maladie, entraîne le gel du secteur 2 qui a connu plus de succès que prévu et une dérive des coûts. Seuls les anciens « chefs de clinique des universités, les assistants des hôpitaux, les anciens assistants des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU, les anciens assistants des hôpitaux spécialisés, les praticiens-chefs de clinique ou les assistants des hôpitaux militaires », installés après le 1er décembre 1989 peuvent continuer à s'installer en « honoraires libres ». En pratique, cela ne concerne que les spécialistes et entraîne la quasi-fermeture du secteur 2 aux généralistes qui s'installent après cet accord. En pratique, Claude Évin limite l'effectif des médecins et le nombre d'actes du secteur 2. Sa tentative, en 1989, de mettre en place des conventions individuelles est battue en brèche par les parlementaires-médecins. Il en fut de même pour la mise en place des contrats de santé (paiement du médecin généraliste à la capitation, interdiction de l'accès direct aux spécialistes) avec le soutien de la CNAM-TS cette fois-ci, y voyant bien plus d'inconvénients que d'avantages.

À la suite du mouvement amorcé en Rhône-Alpes, les syndicats de médecins, sauf MG-France, défilent à Paris le 11 juin 1991. Parmi les motifs de la contestation, l'option « conventionnelle de continuité des soins » et la mise en place du « contrat de santé » prévu dans le 1er avenant de la convention, signé par MG-France : « Les assurés ont la possibilité de s'abonner auprès de leur généraliste avec un système de tiers payant ». L'abrogation de cet avenant le 10 juin 1991 entraînera la signature de la convention par la CSMF.

La « régulation chiffrée de l'évolution des dépenses de santé » repose sur un taux directeur plafonné. En 1991, la mise en place d'une enveloppe globale, y compris pour les laboratoires d'analyse (mise en place d'un système individualisé de sanctions) et les cliniques privées, entraîne une forte mobilisation des médecins qui, finalement, ne seront pas visés par la loi. La manifestation du 17 novembre 1991 entraînera la révision de l'accord. Les termes « enveloppe globale » sont remplacés par la notion d'« Objectifs quantifiés nationaux ». L'accord n'est finalement signé que pour quatre professions : ambulanciers, kinésithérapeutes, infirmières et cliniques. La CSG est instaurée fin 1990 pour devenir officielle le 1er février 1991.

« Un “ protocole d'orientation pour la maîtrise négociée de l'évolution des dépenses d'assurance maladie ” fut conclu le 25 octobre 1991 entre les ministres (MM. Bianco et Durieux) et les caisses nationales d'assurance maladie : il prévoyait que l'État et les caisses négocieraient un taux d'évolution annuel global des dépenses, déterminé en fonction du progrès médical, des besoins de la population et de l'évolution de la démographie. Il prévoyait aussi l'élaboration d'un dispositif de régulation effective des dépenses, le renforcement des dispositifs existants d'évaluation et de formation permanente des médecins, la mise en place du codage des actes, le développement de l'expertise en santé publique et la nécessaire coordination du système de soins, la revalorisation du rôle du médecin généraliste et la tenue d'un dossier médical. Aux professions de santé et aux caisses, il revenait de mettre en œuvre le dispositif⁷¹³. »

Le Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG) est créé en 1991 en réaction au comportement des internes « de spécialité » vis-à-vis des futurs généralistes.

La préparation de la réforme hospitalière prévue en 1991 débute par la mise en place d'une commission composée de « cinq sages », dite Commission Couty, en septembre 1989. Le

⁷¹³ Voir notamment Évin C. (2002), « Rapport sur la proposition de loi de Jean Le Garrec portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie », [Assemblée nationale](#).

rapport est remis en avril 1990. Il sera suivi du rapport Calmat⁷¹⁴ qui prépare la future Loi de 1991. Selon ce rapport, « *l'absence de communication, la rigidité des procédures, la mauvaise qualité du dialogue social, la très forte déresponsabilisation, l'inadaptation des structures actuelles aux évolutions récentes [des besoins sanitaires et sociaux]... et les dysfonctionnements liés à la coexistence d'un secteur public et privé...*⁷¹⁵ » rendent nécessaire une réforme du système hospitalier.

Ce constat se complète de fait plus alarmant comme la fuite vers le secteur privé ou libéral des personnels les plus qualifiés, que ce soient les médecins (2 282 postes sont vacants sur les 15 203 postes budgétés en 1989) ou du personnel infirmier, dont plus de 10 % en région parisienne et 5 % en province ont quitté l'hôpital. 50 % des places offertes dans les écoles d'infirmière en région parisienne n'ont pas été pourvues en 1990. Le rapport Steg de 1989 au Conseil économique et social avait précédemment alerté sur les difficultés rencontrées dans les services d'urgences, tant par les patients que par les professionnels y exerçant. La Commission nationale de restructuration des urgences (CNRU) sera créée en 1991.

Le texte la Loi de juillet 1991 (plan Durieux, initié par Claude Évin) veut traiter le problème des coûts hospitaliers, de plus en plus élevés, en instaurant une planification permettant de passer d'une politique de croissance hospitalière à une politique de gestion. La loi s'organise autour de 4 axes : ouvrir l'hôpital sur son environnement, revoir le fonctionnement interne des établissements en ouvrant la possibilité de regrouper des services en « département » et en instituant un service de soins infirmiers, faire évoluer la carte sanitaire vers les « schémas d'organisation sanitaire » (territorialisation du système de soins hospitaliers) et harmoniser les modes de financement entre le secteur public et le secteur privé par la mise en place des objectifs quantifiés nationaux (OQN).

Ce plan fixe clairement les objectifs. Il a pour ambition de réduire le nombre de lits hospitaliers en s'appuyant sur une planification sanitaire, nationale, de plus en plus contraignante⁷¹⁶. Il s'agit notamment de rétablir un plus juste équilibre entre les secteurs publics et privés, en encourageant leur collaboration, de renforcer la logique médicale dans la réponse aux besoins en soins et d'accroître l'autonomie des établissements en renforçant la responsabilité des acteurs.

Si la loi conserve la carte sanitaire, elle ajoute le SROS de première génération, élaboré par région, par installation (MCO, SSR, longs séjours, psychiatrie), par activités coûteuses (néonatalogie, urgences, réanimation, hémodialyse, etc.), et par équipement médico-technique. Elle crée la Conférence sanitaire, renforce le droit des malades et les rôles de la CME, du CTE et du Conseil des soins infirmiers (CSI, en réponse aux demandes de la CNI).

Elle confirme le service comme unité d'organisation de l'hôpital. Les « nouveaux » départements peuvent être composés d'unités fonctionnelles de spécialités différentes. Le service médical (voire les fédérations de services), instauré par les lois de 1941 et 1943, reste souvent la règle. Chaque service doit regrouper des unités fonctionnelles (UF) de même discipline (structure élémentaire de prise en charge de patients par une équipe soignante ou médico-technique). Néanmoins, selon la loi ils ne peuvent être créés qu'en accord avec le projet d'établissement⁷¹⁷ nouvellement mis en place, en lien avec le SROS.

⁷¹⁴ Rapport n° 1947 de M. Alain Calmat, fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, déposé le 4 avril 1991

⁷¹⁵ Cité par Clément Jean-Marie. *Op. cit.* p.221 et suiv.

⁷¹⁶ *Ibid.* p.26

⁷¹⁷ Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical ET des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Il se décline en différents projets **interdépendants** : le projet médical (élaboré par la CME et le directeur), le projet de soins infirmiers (devenu le projet de soins), le projet de schéma directeur des systèmes d'information et de l'informatique, le projet social, le programme pluriannuel de formation continue, le projet de gestion et le programme

L'organisation de l'hôpital est définie, dans les multiples formes à disposition, par la CME et le CA. Elle confirme la coexistence de la dyarchie, administrative et médicale, mise en place par la Loi de 1941⁷¹⁸. Des fédérations de services (complémentarité) ou des départements peuvent être créés, permettant le rapprochement d'activités médicales complémentaires, la gestion ou la mise en commun de moyens (lits, équipements, personnel).

Les services ou départements (médicaux et médico-techniques) sont créés par le conseil d'administration et placés sous la responsabilité d'un médecin. Les chefs de service sont nommés par le ministre après avis du CA et de la CME. La création des conseils de service ou de département doit permettre aux différentes catégories de personnels de discuter de son fonctionnement, sous l'autorité du responsable de l'entité. Dans certains cas, les Comités techniques paritaires (CTP) sont transformés en Comités techniques d'établissement (CTE), regroupant l'ensemble des représentants des personnels non médicaux (dont les soignants, sous-représentés, y compris d'un point de vue syndical) sous la présidence du directeur d'établissement. Cependant, le dualisme de concertation, personnels médicaux avec la CME et non médicaux avec les CTE, persiste. Seul le CHSCT est commun. La différence de traitement reste de mise, avec une concertation à deux niveaux de qualité : une forme de « cogestion » avec le personnel médical par le biais de la concertation avec CME dont le champ de compétences a été renforcé avec la nouvelle loi, et les autres personnels, avec le CTE, qui ne donne que des avis.

En principe, les différentes formes possibles d'organisation des services, dont les services médicaux et médico techniques, et de nomination des différents responsables (les chefs de service nommés par le ministre, les chefs de départements, médecins portés à la tête d'une ou de plusieurs UF, nommées en interne par la CME et le CA) sont la source de dissensions au sein d'un corps médical, déjà divisé par la diversité des statuts auxquels chacun reste attaché. Cette hétérogénéité remet en cause l'unité médicale au sens d'une même autorité de nomination pour des praticiens exerçant des responsabilités identiques.

La loi comprend un « amendement liberté » devenu l'article L. 6146-8 du Code de la santé publique, qui stipule « *Par dérogation aux dispositions des articles L. 6146-1 à L. 6146-6, le conseil d'administration d'un établissement public de santé peut décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement, dans le respect du projet d'établissement approuvé... La mise en place de celle-ci ne peut intervenir qu'à l'occasion des renouvellements des chefs de service en fonction au 31 juillet 1991.* » Son objectif premier est de rétablir une certaine cohérence en réunifiant les statuts des responsables médicaux, tous issus d'une nomination par le CA, après avis de la CME. Le second objectif, couplé à la mise en place d'un nouveau mode de tarification, vise à inciter les hôpitaux à développer les prises en charge innovantes, en ambulatoire, à domicile ou par l'entremise des réseaux. Peu appliqué dans les faits (opposition du corps médical), il sera abrogé en 2005.

Les années 90 verront le retour de la recherche clinique et en santé publique avec le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), lancé en 1992.

Le décret d'application du 30 mars 1992 (lois de 1991) rend le dossier médical obligatoire pour tous les établissements, publics et privés, et en définit le contenu.

pluriannuel d'équipement et le plan directeur associé. Le plan directeur, prévu par les ordonnances de 1958 et imposé en 1970, avait pour objectif de rationaliser les investissements immobiliers résultants notamment de la création des CHU, en prévoyant plusieurs tranches d'exécution sur une période longue.

⁷¹⁸ *La loi enlevait à la commission administrative le droit de nommer les médecins, devenus des agents de droit public, nommés par le ministre de la Santé ou à défaut, par le préfet. Il y a, sur le fond, un paradoxe puisque le « directeur exerce son autorité sur l'ensemble des personnels dans le respect de la déontologie médicale et pharmaceutique, des responsabilités qu'elle comporte pour l'administration des soins et l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art ». (Reprise de la loi de 1984, confirmant la jurisprudence.) Si le CA a la possibilité de fixer les emplois des PH à temps plein ou partiel, la nomination des PU-PH reste l'apanage du ministre de la Santé. Mais, sur le fond, fixer les emplois n'est pas les nommer...*

La cinquième convention de mars 1990 est annulée par le Conseil d'État le 10 juillet 1992 à la requête de la CSMF et du Conseil de l'ordre pour des questions de représentativité syndicale et « *d'excès de pouvoir de décision du ministre* ». La convention a uniquement été signée par MG France et, selon la décision du Conseil, la signature requiert au moins 2 des 3 syndicats représentatifs.

Le GIP Sesam-Vitale est créé en 1993. Il doit permettre la création d'une carte électronique de santé (la carte Vitale) à destination de tous les usagers à l'horizon 1997.

La Loi du 4 janvier 1993 (Loi Teulade) tente de mettre en place un dispositif de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé. Les Objectifs quantifiés nationaux (OQN) concernent tant les actes que les prescriptions. Ils sont assortis de sanctions collectives en cas de non-respect. Ils prévoient des contrats locaux de maîtrise des dépenses, l'informatisation du codage des actes médicaux, des prescriptions et des pathologies (article L 161-29 du CSS, l'article L 161-30 porte la création d'un Comité national paritaire de l'information médicale, qui définit « *les conditions d'élaboration du codage des pathologies diagnostiquées ainsi que les modalités de collecte, de traitement et d'utilisation des données issues de ce traitement* »). La création des URML doit contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé. La loi fait aussi référence à la notion de dossier médical, support du codage des actes, prescriptions et pathologies. Les Références médicales nationales opposables (RMO) ont pour objectif d'éliminer les soins et prescriptions inutiles, mais aussi de définir la fréquence d'utilisation par les patients des autres soins et prescriptions. La loi sera notamment la base d'une nouvelle convention signée en octobre 1993 (CSMF).

Le décret 93-345 du 15 mars 1993 (abrogé en 2002) « *relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier* » (re) définit le rôle propre de l'infirmier. On commence à (re) parler de la délégation des tâches.

Un second rapport sur les urgences est publié en 1993⁷¹⁹. Le constat est assez alarmant, entre autres vis-à-vis du côté « disparate » des formations et compétences des personnels chargés des malades, au regard de leurs responsabilités. Il en résulte des prescriptions inutiles et des hospitalisations de couverture (avec leurs incidences économiques), des erreurs de diagnostic, d'orientation ou de thérapeutique parfois gravissimes pouvant conduire le « *coupable* » à répondre de son incompétence devant les tribunaux⁷²⁰. Il propose notamment l'augmentation du nombre de médecins seniors.

En septembre 1995, une commission, menée par le Pr Steg, est chargée de faire des propositions pour réformer les urgences. La ministre juge « *nécessaire d'étudier comment mieux prendre en compte l'amont de l'accueil d'urgence et notamment son articulation avec la médecine ambulatoire ainsi que l'impact des contraintes géographiques dans la future organisation territoriale des antennes d'accueil et d'orientation des urgences* ». Ce rapport, suivi du rapport Barrier (responsable du SAMU de Paris), préconise la création des Services d'accueil d'urgence (SAU) et des ANACOR (Antenne d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences).

⁷¹⁹ Steg Adolphe (1993) « *La médicalisation des urgences* », 1993, rapport de la commission nationale de restructuration des urgences

⁷²⁰ Gatelmand Raymond. *Op. cit.*

La mise en place des « ANACOR », en raison de leur rôle jugé « limitatif⁷²¹ » (appui de la médecine de ville, « déclassé » des hôpitaux non autorisés en SAU...), rencontre une forte opposition des syndicats médicaux⁷²². Les arrêtés d'application ne sont pas publiés. Ces décrets « urgence » sont remplacés par un nouveau décret en 1997, définissant le rôle des SATU et des UPATOU (Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences).

La Loi Veil de 1995 crée le statut des Praticiens adjoints contractuels (PAC) pour les médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger leur permettant de travailler dans les établissements publics de santé. Elle permet, en théorie, aux praticiens étrangers d'accéder au statut de PH, sous conditions.

Le retour de MG-France dans le cycle de la négociation conventionnelle lui permet de bénéficier, comme les autres syndicats représentatifs, des fonds de la CNAM gérés par un Organisme gestionnaire conventionnel (OGC) permettant le financement des indemnités de formation des médecins qui suivent une formation conventionnelle⁷²³.

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est créée en janvier 1996. Son principal objectif est le rééquilibrage des comptes de la Sécurité sociale par « *apurement de la dette sociale* ». Il faut séparer les notions de déficit (ou d'excédent) qui correspondent aux différences annuelles entre les recettes et les dépenses et la notion de dette (sociale), le fameux trou, qui est la somme de ces écarts. C'est l'ACOSS qui est chargée de la trésorerie de la Sécurité sociale et qui fédère les URSSAF, chargées du recouvrement des cotisations.

À la fin 2013, la Cour des comptes estime que la dette sociale représente 159 milliards d'euros (142,8 milliards d'euros représentant 7,1 % de PIB fin 2012). Elle est principalement financée par le recours à l'emprunt sur les marchés financiers, tout comme le seraient « les découverts » de l'ACOSS qui, selon la Cour des comptes, devraient être transférés à la CADES. Les inventeurs de la Sécurité sociale avaient une obsession : éviter que le système de protection sociale soit exposé à la spéculation financière et au bon vouloir des marchés⁷²⁴, et, *in fine*, reporté sur les générations suivantes.

Les ordonnances du 24 avril 1996, dites « ordonnances Juppé », en trois volets (ordonnance n° 96-344, financement de la Sécurité sociale et création de la CRDS [à destination de la CADES], ordonnance n° 96-345, maîtrise médicale des dépenses de soins, ordonnance n° 96-346, réforme de l'hospitalisation), portent notamment la réforme de l'hospitalisation publique et privée, intéressant tous les aspects de l'organisation hospitalière. Elles viennent s'ajouter aux lois de 1991, en en modifiant certains aspects. Le droit des malades intègre une nouvelle exigence avec l'évaluation régulière de la satisfaction du patient. Les commissions de conciliation sont mises en place dans les établissements pour régler les conflits potentiels entre patients et hôpital.

⁷²¹ Les ANACOR ne pourront pour leur part traiter que les patients « dont l'état nécessite des soins courants de médecine générale ou de psychiatrie ou des actes chirurgicaux simples correspondants à une cotation inférieure ou égale à KC 30 par acte, qui ne nécessite pas une anesthésie générale ou une anesthésie locorégionale du rachis, des blocs proximaux ou par voie péridurale ». Pour les patients qui ont besoin de soins plus lourds, l'ANACOR peut « entre 8 heures et 18h30, les jours ouvrés », soit les traiter dans son propre établissement, dans un autre service, soit les orienter vers un autre établissement. En dehors de ces horaires et des jours ouvrés, l'ANACOR doit, « en liaison avec le centre 15 », diriger systématiquement les patients soit vers un SAU, soit vers un pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences (POSU), soit vers un établissement ayant obtenu une dérogation.

⁷²² Principalement la Fédération nationale des praticiens des hôpitaux généraux, le Syndicat national des biologistes des hôpitaux et le Syndicat national des médecins anesthésistes réanimateurs des hôpitaux non universitaires

⁷²³ Adapté de Carlioz Patrick Op. cit. p. 297 et suiv.

⁷²⁴ « La dette sociale, de plus en plus élevée et financée pour des montants croissants par des emprunts à court terme, pose la question de l'équité entre les générations. Cette situation particulièrement anormale, dangereuse en cas de remontée des taux d'intérêt, rend indispensable la reprise sans tarder par la CADES des déficits accumulés. » Cour des comptes (2013) « Présentation du rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale », 19 septembre 2013, [site Internet](#).

Ces ordonnances permettent d'inscrire dans les articles 34 et 39 de la Constitution le droit de regard du parlement sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale. La Loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996 institue les lois de financement de la Sécurité sociale. L'article 34 comprend un nouvel alinéa : « *Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique* » et art. 39 « ... *Les projets de Loi de finances et de Loi de financement de la sécurité sociale sont soumis en premier lieu à l'Assemblée nationale* ». Elle marque la création de la LFSS (et du PLFSS) et de l'ONDAM.

La fermeture définitive du secteur 2, y compris aux anciens chefs de clinique, provoque un rejet dur des internes et des chefs clinique. Cette mesure sera abandonnée. « *Les externes se mettent en grève pour dénoncer l'exploitation quant aux tarifs de leurs gardes (dans lesquelles ils font un boulot effectif intégré au fonctionnement des centres universitaires, payé de 75 FF à 300 FF, pour 24 heures de travail !) Historiquement, c'était la première fois que des étudiants hospitaliers (externes) se mettaient à revendiquer d'un point de vue salarial. Ça ne s'était jamais vu*⁷²⁵. »

L'ordonnance n° 96-345 « relative à la maîtrise médicalisée des dépenses des soins » rend caduque la majorité des règles conventionnelles. Elle prévoit la mise en place de la télétransmission, le déploiement de la carte CPS et la généralisation des RMO à tous les professionnels de santé. En décembre 1996, les caisses dénoncent la convention de 1993, les modalités de sanction en cas de dépassement des dépenses ne pouvant être fixées. La Conférence nationale de santé (CNS), à dominante sanitaire, les conférences régionales de santé (CRS), à dominante médico-sociale, et les programmes régionaux de santé (PRS) sont créés par cette même ordonnance. Composée de 72 membres, la CNS a pour mission :

- de dresser un état des lieux sanitaires de la France en analysant les données relatives à la situation sanitaire de la population ainsi que l'évolution des besoins de santé ;
- d'émettre des propositions sur la hiérarchisation des choix de santé publique. Elle propose les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins, compte tenu de l'évolution des techniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques.

La CNS se compose, pour 1/4, de représentants du monde « sanitaire » (hôpitaux et cliniques), pour 1/4 des professionnels libéraux, de toutes spécialités.

L'ordonnance no 96-346 pose les bases d'un encadrement de l'activité libérale à l'hôpital (notion de structure médicale, paiement d'une redevance à l'hôpital prélevée sur les honoraires) et réforme le système d'hospitalisation avec, entre autres, la mise en place de la contractualisation (outil de gestion interne⁷²⁶, non obligatoire, et externe de l'établissement⁷²⁷) et la réforme de l'hospitalisation publique et privée, par la création des ARH (planification des structures et équipements). Les ARH vont centraliser toutes les

⁷²⁵ Dusanter Yves-Michel (1998) « Retour sur le mouvement de grève des jeunes médecins du printemps 1997 », [Revue Temps critique](#), n° 10, printemps 1998

⁷²⁶ Il s'agit de promouvoir la participation active de l'ensemble des personnels à la gestion de l'établissement. Dans les établissements publics de santé, l'ordonnance prévoit que les équipes médicales et paramédicales peuvent constituer, à leur initiative, des centres de responsabilité bénéficiant, par contrat avec la direction, d'un budget et de délégations de gestion. L'ordonnance affirme le pouvoir hiérarchique du directeur sur les chefs de service dans le cadre de la délégation de signature qu'il serait amené à leur accorder en tant que responsable de centres de responsabilité budgétaire.

⁷²⁷ Il s'agit de la mise en place de contrats d'objectifs et de moyens, pour une durée de 3 à 5 ans, signés entre l'établissement (public et PSPH) et l'ARH. Ces contrats s'inscrivent dans le schéma d'orientation sanitaire. Ils déterminent les orientations stratégiques et les transformations à opérer par l'établissement en termes de gestion, d'activités, d'organisation et de coopération.

attributions jusqu'à lors dévolues au Préfet de département et de région, et aux DRASS et DDASS.

Elle se complète de la mise en œuvre du principe de l'évaluation et de l'accréditation externe (ANAES qui remplace l'ANDEM) en 1997 : définition des normes de bonnes pratiques cliniques et des références médicales pour l'hospitalisation et l'ambulatoire. Il est à noter que l'évaluation de l'activité concerne tout autant les soins (évaluation des pratiques professionnelles) que les services administratifs dans leur ensemble. Les syndicats de médecins obtiennent que la moitié des membres du conseil d'administration de l'ANAES soient des médecins « *pour qu'elle soit vraiment indépendante des caisses et de l'État* ». L'évaluation des établissements mise en place par les lois de 1991 est remplacée par l'accréditation.

L'idée fondatrice des ordonnances est l'encadrement national des dépenses (LFSS et ONDAM définis par le Parlement) et la régionalisation du financement et de l'activité, pour réduire les inégalités entre régions et établissement. L'ARH arrête le SROS qui devient opposable aux établissements. La création des réseaux de soins est encouragée (orientation du patient, coordination et continuité des soins, délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins traitants), tout comme la mise en œuvre de communautés d'établissements de santé (CES) qui ne concernent que les établissements assurant le service public hospitalier.

Elles ont pour objectif de favoriser les adaptations des établissements aux besoins des populations, de mettre en œuvre des actions de coopération ou de complémentarité, notamment prévues par le SROS et de répondre aux besoins non satisfaits dans le domaine médico-social. Les GCS sont créés, en complément des SIH, entre autres pour permettre la gestion d'équipements communs. La composition du CA est modifiée : la représentativité des organismes de Sécurité sociale est supprimée, les représentants siègent maintenant à l'ARH, les usagers sont intégrés.

La loi confie à la CME, sur fond de maîtrise médicalisée des dépenses, le rôle d'organiser la formation professionnelle continue des personnels médicaux. Le Conseil national à la formation continue médicale est créé en 1997. La formation professionnelle continue doit à la fois prendre en compte les « besoins généraux de santé publique », les « besoins spécifiques des établissements hospitaliers » et les « besoins individuels des praticiens ». Tout médecin, libéral ou exerçant dans un établissement hospitalier, doit justifier du respect de l'entretien et du perfectionnement de ses connaissances auprès du conseil nouvellement créé ou de la CME. Tous les cinq ans, une attestation est envoyée au Conseil de l'ordre sous peine de sanctions.

Entre 1978 et 1994, le nombre de praticiens hospitaliers a doublé. En toile de fond, il s'agit aussi de réduire le nombre de lits, réduction induite entre autres par la diminution de la durée moyenne des séjours. Elle est passée, en moyenne de 20 jours en 1950 à moins de 6 jours en 2001. La Loi de 1991 et les ordonnances de 1996 poursuivent les mêmes objectifs : freiner l'accroissement des dépenses de santé, mettre en avant la qualité et développer une gestion plus rigoureuse.

Selon le rapport Choussat de 1996 sur la démographie médicale, il y aurait un excédent médical de 40 000 praticiens. Les conditions d'accès au MICA sont assouplies.

Le PMSI est confirmé par la circulaire de la DHOS n° 96-495 du 6 août 1996, comme outil d'allocation des ressources (création des points ISA). Les pôles d'activité sont créés en 1997. Le développement des réseaux de soins (les réseaux « Soubie ») est encouragé (orientation du patient, coordination et continuité des soins) dans le cadre d'expérimentations.

Le 12 mars 1997, deux conventions sont adoptées (avec une distinction entre les généralistes [MG-France] et les spécialistes [UCCSF⁷²⁸]). Elles précisent les conditions de mise en œuvre des dispositions issues des ordonnances de 1996. Une option conventionnelle concerne la coordination des soins dans le cadre des filières de soins. Le patient devant passer au préalable par son généraliste, elle rencontre l'opposition des spécialistes. Des sanctions sont prévues pour les médecins qui ne respectent pas les recommandations et les références professionnelles, ou en cas de non-respect de l'objectif de maîtrise des dépenses (avec une mesure de reversement d'honoraires [le « reversement de trop-perçu »], en cas de dérapage des dépenses de l'Assurance maladie, jamais appliquée), défini par zones géographiques.

Le Réseau Santé-Social (RSS) est mis en place fin 1997. Il doit servir de support à la transmission sécurisée et chiffrée des données médicales informatisées réservée aux professionnels de santé porteurs d'une carte de professionnel de santé (CPS). Il servira, dans un premier temps, à la mise en place des FSE (Feuilles de soin électroniques). Il sera réutilisé ultérieurement pour la mise en place d'une messagerie sécurisée entre professionnels. Ce réseau est inaccessible aux patients. Initialement porté par Cegetel, il sera ultérieurement proposé par d'autres prestataires (France Télécom, Cégédim, ou Libéralis lancés par les URML avec l'appui de France Télécom et Medsyn de MG-France).

La transposition des ordonnances dans le dispositif conventionnel entraîne un mouvement de protestation chez les jeunes médecins en formation (dont l'Inter-syndicat national des internes des hôpitaux [ISNIH]). Les 3 syndicats de médecins libéraux, CSMF, FMF et SML, généralistes et spécialistes, entrent en « guérilla administrative » contre les ordonnances Juppé⁷²⁹ et la maîtrise médicalisée des dépenses, auxquelles ils sont opposés. Un courrier explicatif tente de dissiper les craintes concernant « ... la liberté de choix de l'installation, de la prescription et du paiement à l'acte... » et la mise en place des sanctions individualisées (reversement d'honoraires) qui ne devait intervenir qu'en 1998.

L'informatisation des cabinets prévoit une aide financière de 9 000 francs pour les médecins concernés, pour permettre entre autres le codage des actes et pathologies et la mise en place du carnet de santé qui doivent rendre cette mesure « obsolète ». La mise en place des feuilles de soins électroniques (FSE) doit être effective à compter du 31 décembre 1998. Des sanctions financières sont prévues en cas de manquement à compter du 1er janvier 2000. L'Arrêté d'exécution ne sera jamais publié. La télétransmission sera étendue au secteur 2 en août 1999.

En complément du carnet de santé, après de longues expérimentations, une carte électronique individuelle inter-régimes sera mise à disposition de chaque assuré⁷³⁰. Issue de la Loi Teulade de 1993 (Art L161-28 et suivants), l'idée, en dehors de la simplification administrative, est de remonter les informations relatives aux actes et aux pathologies pour améliorer le système de pilotage de la santé publique (évaluation des pratiques professionnelles, efficacité des dépenses de santé, prévention, gestion du risque), par le biais d'une infrastructure technique nationale : la carte Vitale pour les assurés, la carte professionnelle de santé (CPS) pour tous les professionnels de santé et le Réseau Santé-Social (RSS) comme support des échanges.

Le 2 juillet 1997, le premier avenant à la convention instaure le principe du « médecin-référent » pour les assurés volontaires, principe associé à la « dispense de frais » auprès du

⁷²⁸ Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français, reconnue représentative en février 1997 par le Conseil d'État.

⁷²⁹ Selon le Dr Claude Maffioli (CSMF), cette réforme induit un « changement profond du système de santé » et une « obligation de résultat des médecins non pas médicale, mais comptable » qu'il faut combattre. (Source APM.)

⁷³⁰ Cette carte devait comporter « un volet médical destiné à recevoir les informations pertinentes nécessaires à la continuité et à la coordination des soins mentionnées à l'article L. 162-1-4 » (Ordonnance 96-345 – Titre IV). Ce volet médical partiellement mis en œuvre avec la carte Vitale 2 (accès au DMP)

médecin généraliste (tiers payant). Ces patients doivent désormais s'adresser à leur médecin généraliste (notion de contrat de suivi médical) avant tout accès aux soins d'autres praticiens (notion de filière de soins), sauf cas de force majeure. Ces médecins, bénéficiant d'un mode de rémunération spécifique, doivent aussi mettre en place une « nouvelle approche thérapeutique » (utilisation des ETMO ou des génériques) et satisfaire à un cahier des charges concernant notamment la tenue d'un dossier médical en lien avec le carnet de santé ainsi que l'informatisation du cabinet. « *Le suivi médical d'une personne par un même médecin généraliste représente la clé de voûte du dispositif de médecin-référent. Celui-ci répond à des objectifs de qualité et de continuité de soins, de prévention, d'amélioration des conditions d'accès aux soins, l'ensemble devant aboutir à une optimisation des dépenses de santé*⁷³¹ ». Selon l'enquête menée en 1998 par le CREDES, un patient sur trois était prêt à signer un contrat.

Cet avenant soulève la colère d'une majorité de médecins. Si MG-France semble favorable à cette mesure, le SML par exemple s'insurge contre « *le suivi médical* » qui transforme « *les médecins en officiers de santé chargés de dispatcher les patients* ». Il rejette d'autre part l'informatisation des professionnels de santé. Pour la CSMF, il s'agit d'une provocation vis-à-vis de toute la profession. Sur le fond, les réticences tiennent à l'impression d'avoir à faire face à un marché déséquilibré, les avantages se situant dans un premier temps pour les assurés (remboursement) et les assurances sociales (diminution de la masse de papier à traiter, données épidémiologiques et financières), et les inconvénients liés à l'informatisation (équipement, saisie, codage) et la standardisation du côté des professionnels de santé. Il en avait été de même avec le PMSI pour les hospitaliers.

Une Mission sur l'informatisation du système de santé au ministère (de la santé) est créée par la ministre des Affaires sociales (Martine Aubry) pour « assurer le suivi stratégique et déontologique » du développement de l'informatique, « coordonner les divers services du ministère » et être « l'interlocuteur des autres intervenants de ce projet et notamment des professionnels de santé »⁷³². Le décret concernant les feuilles de soins électroniques (les FSE, couplées avec la carte Vitale1) est publié le 30 décembre 1997.

En 1998, les deux conventions, généraliste/spécialiste, sont annulées par le Conseil d'État. Une nouvelle convention avec les généralistes uniquement est signée en décembre 1998. Elle reprend les grandes lignes de l'option conventionnelle relative au médecin-référent. La transmission par voie électronique des documents nécessaires à la prise en charge ou au remboursement est actée, tout comme la maîtrise médicalisée des dépenses.

Le 16 janvier 1998, en lien avec l'augmentation du nombre de passage aux urgences, le manque de moyens et sur fond de revendications statutaires, a lieu la première grève des urgentistes, menée par l'AMUF (Association des médecins-urgentistes de France), avec notamment l'appui des anesthésistes (SNPHAR), de l'INPH, du SUH, du SNJMG... La réforme de la prise en charge aux urgences est intégrée dans les priorités des réformes de santé en 1998.

Les conventions des généralistes (versement des honoraires, médecin-référent) et des spécialistes (représentativité de l'un des signataires) sont annulées par le Conseil d'État mi-1998.

Les sanctions financières (Loi Aubry) sont supprimées fin 1998 par le Conseil d'État, notamment à la requête de la CSMF et de la FMF qui appellent à une opération « cabinets

⁷³¹ Aguzzoli Fabienne, Aligon Anne, Com-Ruelle Laure, Frérot Laurence (1999) « Choisir un médecin-référent. Une analyse réalisée à partir du premier dispositif mis en place début 1998 », IRDES (CREDES), Bulletin d'information en économie de la santé n° 23, novembre 1999

⁷³² En septembre 1997, 50 millions de Frs ont été attribués aux Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale, aux sociétés Medsyn, liée au syndicat MG-France, et Siamed, liées notamment à la CSMF. (Source : APM)

fermés » pendant les fêtes. S'ils sont opposés à la « maîtrise comptable » des dépenses de santé, cette opération concerne surtout les spécialistes. Le gouvernement impose une négociation séparée spécialiste généraliste. Différents arrêtés de 1998 portent sur le règlement conventionnel minimal en l'absence de convention applicable aux médecins. L'arrêté du 4 décembre 1998 porte l'approbation de la convention nationale (MG-France) des médecins généralistes en reprenant l'idée du médecin-référent, de la transmission électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge du patient et la maîtrise médicalisée des dépenses. Aucun accord n'a été signé pour les spécialistes.

De l'automne 1998 à juin 1999 les États généraux de la santé sont lancés. Environ 1 000 réunions se tiennent partout en France et permettent d'aborder des sujets tels que la santé des citoyens ou le fonctionnement du système de santé. Parmi les thèmes abordés, la question de la relation médecin malade occupe une place centrale. Cinq thèmes principaux reviennent de façon transversale dans les débats : l'information en santé, la dimension relationnelle (relation médecin-malade, relation au système de santé), la coordination des acteurs, la prévention et la participation (du patient). Le paiement à l'acte fait aussi débat avec l'idée d'un « forfait maladie » (B. Kouchner).

En avril 1999, le Conseil d'État, à la requête du SMF et de la CSMF, annule partiellement la convention des généralistes, dont les sanctions prévues par les mécanismes de maîtrise de la régulation des dépenses de santé. Les RMO ne reposent plus que sur l'engagement moral individuel.

Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) est créé en 1999 par la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Il s'agit d'améliorer la prise en charge globale du patient, entre autres, par l'intermédiaire des réseaux et de la coordination des prises en charge, mais aussi par l'évaluation des pratiques professionnelles. La CMU est créée. Le droit de substitution d'une spécialité médicale par un générique est accordé aux pharmaciens, sauf mention contraire du médecin et à condition que la substitution entraîne une économie pour l'Assurance maladie. Le Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) est créé pour permettre, entre autres, le suivi de l'ensemble des dépenses et de leurs bénéficiaires.

Le règlement minimum conventionnel est amendé en août 1999 en précisant que « *Tout médecin adhérent à la convention s'engage à offrir le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux. Les feuilles de soins électroniques sont émises par le médecin, soit en se connectant directement au Réseau Santé Social (RSS), soit en se connectant à tout autre réseau pouvant communiquer avec le RSS. Le médecin a le choix de son équipement informatique, mais il doit se doter de la carte de professionnel de santé (CPS)* ». Ces deux derniers points auront d'autres effets...

C.VI.7 Les plans et lois de 2000

Maîtrise des dépenses de santé, temps de travail

Au début de janvier 2000, le ministre de la Santé rappelle les grands axes de la politique hospitalière (adapter l'offre de soins aux besoins, promouvoir la qualité et la sécurité des soins et réduire les inégalités dans l'accès aux soins, la Loi CMU a été votée⁷³³), dresse un premier bilan des mesures prises en matière hospitalière depuis 1997 et annonce une nouvelle étape pour l'hôpital avec la perspective de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail à l'hôpital.

⁷³³ L'idée d'une Assurance maladie universelle (AMU) avait été initiée par le plan Juppé.

Plusieurs manifestations de différents syndicats médicaux ont lieu, entre autres contre les mesures de maîtrise des dépenses de santé ou pour l'amélioration des conditions de travail par l'application de la Loi sur la réduction du temps de travail. La mise en œuvre de l'aménagement du temps de travail pour les praticiens hospitaliers répond à deux exigences : la législation française sur le temps de travail d'une part et les exigences du droit européen en matière d'aménagement du temps de travail d'autre part. Si la France n'a pas mis en œuvre la directive européenne 93-104 fixant des prescriptions minimales à tous les secteurs d'activité, l'arrêt de la Cour de justice européenne de 2000 (dit « arrêt de Valence ») rend cette application obligatoire. L'une des difficultés vient du fait que l'organisation médicale et le système de rémunération des médecins font qu'ils ne sont soumis ni au Code du travail ni à celui de la Fonction publique, définissant le temps et la durée de travail. Un protocole d'accord sur l'aménagement du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers (hors PU) sera signé le 22 octobre 2001 (CHG, CMH, INPH SNAP-HP), à la suite des accords pour les non médicaux signés le 27 septembre.

L'accord prévoit notamment la prise en compte des sujétions et la mise en place d'un compte épargne temps (CET). Il divise le temps de travail hebdomadaire en 10 demi-journées, en limitant l'activité libérale à deux demi-journées, et intègre les gardes dans le temps de travail, conformément à la directive européenne. Vingt jours de RTT sont accordés aux personnels médicaux. Le dispositif s'applique à partir du 1er janvier 2002 (décret du 4 janvier 2002). L'application des lois et directives fera l'objet d'interprétations différentes en fonction du contexte, conduisant à des litiges, notamment sur la notion de temps de travail hebdomadaire (durée maximale vs durée obligatoire) et son évaluation entre médecins et directions hospitalières⁷³⁴. Il est à noter qu'initialement, les médecins n'étaient pas demandeurs, considérant que leur activité ne permettait pas un « cadrage temporel », en raison notamment des liens avec la « pratique libérale originelle ». D'autre part, les PU-PH avaient évoqué l'article 17 de la directive européenne de 1993, prévoyant des « dérogations pour les personnes ayant un pouvoir de décision autonome ». Ils reviendront sur cette décision ultérieurement.

À la suite de cet accord, le SNJMG demande que les décrets d'application des accords relatifs au repos de sécurité et à la modification du statut de l'interne (dont 44 h hebdomadaires, accords de 2000) soient publiés. Ils le seront le 12 septembre 2002.

Malgré le constat, par la Cour des comptes, du dépassement de l'ONDAM pour les soins de ville (médicaments inclus), aucun accord de bon usage des soins ni de contrat de bonne pratique, outils juridiques créés par la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000, n'a été signé ce qui entraîne la prorogation du montant des honoraires, pour le secteur 1, en 2001. Un « Grenelle de la santé » est organisé avec les acteurs du système de soins de ville⁷³⁵. Il intéresse la place des professionnels de santé dans le système de soins et la réforme des relations conventionnelles. Sur ce second point, la mission propose une rénovation du cadre conventionnel grâce à la mise en place d'un véritable socle interprofessionnel et la prise en compte des engagements individuels des professionnels de santé.

La mission préconise une structure conventionnelle en trois étages reprise par la Loi du 6 mars 2002. Le premier regroupe les dispositions communes à l'ensemble des professions conventionnées, le second distingue pour chaque profession les dispositions qui lui sont propres et le troisième permet la conclusion de contrats individuels, qui correspondent à des

⁷³⁴ Lehalle Dominique (2002) « Réduction du temps de travail : quelles marges de manœuvre ? » [Hospimédia](#), dossiers, 17 juin 2002

⁷³⁵ Évin Claude (2002) « Rapport sur rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'Assurance maladie », 2002, Rapport à l'Assemblée nationale

engagements de bonne pratique individuelle et des outils de promotion de qualité des soins collectifs.

Si les avenants sont signés par certains syndicats (CSMF en 2002), les spécialistes refusent l'accord relatif au règlement conventionnel minimal (RCM) « *car il introduit pour la première fois une véritable ségrégation en excluant des revalorisations certaines spécialités comme l'anesthésie-réanimation* » ou une dichotomie entre « *les consultations dites "cliniques" et les consultations dites "techniques", car cela "équivalait à nier" la compétence clinique des chirurgiens, anesthésistes ou cardiologues* » (SNARF). Un désaccord plus général concerne les gardes prévues par le Code de la déontologie du CNOM et les libéraux.

De la permanence des soins

Si, en raison des guerres, l'idée d'une aide médicale urgente était apparue avec Ambroise Paré au XVI^e siècle pour prendre rapidement en charge les combattants blessés, complété ultérieurement par la création de la Croix-Rouge en 1863 (notion d'intervention médicale civile), le début du XX^e siècle voit la quasi-disparition de l'aide médicale urgente fondée sur les principes définis au XVIII^e et au début du XIX^e siècle, même si les premiers services de garde ont été créés à Paris en 1876 (« *Dans chaque quartier, les médecins et les sages-femmes furent priés de faire connaître s'ils voulaient bien se rendre aux réquisitions qui leur seraient adressées pendant la nuit* ») puis étendus aux villes moyennes⁷³⁶. Devant la difficulté de trouver un médecin pendant la nuit ou les week-ends, mais aussi faute de moyens, les municipalités se tournent généralement vers les hôpitaux.

En 1950, le Conseil de l'ordre concluait, en lien avec l'article 5 du Code de déontologie médicale de 1947 : « *l'organisation de la permanence des soins, là où elle est possible, est parfaitement légitime* » et que « *le devoir déontologique du médecin est, compte tenu de son âge, de son état de santé et de son éventuelle spécialité, de participer à un service de garde lorsque l'organisation de ce service de garde est considérée, après décision du Conseil départemental de l'ordre intéressé, comme nécessaire et possible* ».

Dès 1953, le besoin de pratiquer des interventions primaires et des évacuations médicalisées émerge, en raison, entre autres, des accidents routiers. Le concept de « la médecine du pied de l'arbre au lit de réanimation » donnera lieu à la création des SMUR puis des SAMU en 1968 à Toulouse, après le premier projet d'Aide médicale urgente du 1^{er} décembre 1964.

Le 15 novembre 2001, les médecins généralistes débutent une grève des gardes de nuit et de week-end en lien avec deux revendications : la revalorisation de leurs honoraires en cabinet, ils n'ont pas évolué depuis 1998, ceux de leurs visites, inchangés depuis 1994, et l'amélioration de leurs conditions de travail, difficiles, notamment en campagne, dans le contexte de la permanence des soins. Ils exprimaient aussi leur manque de reconnaissance en indiquant que celle-ci ne leur était donnée « *ni par leurs confrères spécialistes ni par le grand public, alors qu'ils sont le pivot de la coordination du système de distribution des soins*⁷³⁷ » alors que les gardes sont imposées par l'article 77 du Code de déontologie, « *Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. Le conseil départemental de l'ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et, éventuellement, de ses conditions d'exercice* ».

⁷³⁶ Louvel Karine, Fillaut Thierry (2008) « [Prémices de la permanence des soins en France \(1870-1950\)](#) », la revue du praticien, vol 58, 15 juin 2008. ARMEL (2011) « [Historique de la PDS](#) », Association de Régulation des Médecins Libéraux (ARMEL) Midi-Pyrénées, [site Internet](#). Voir par exemple Rochard Jules (1891) « [Encyclopédie d'hygiène et de médecine publiques](#) » Lecrosnier et Babé (Paris). Tome troisième, Hygiène urbaine, page 141 et suiv. « §4 – Accidents de rue, organisation du secours ».

⁷³⁷ Bungener Martine (2002) « [Médecins : les raisons d'une colère](#) », *Propos recueillis par Jean-Yves Nau, Le Monde, 6 janvier 2002*

Jean-François Mattei, ministre de la Santé, met en place deux groupes de travail. Avant que leurs conclusions ne soient remises, la circulaire DHOS/SDO no 2002-399 du 15 juillet 2002 paraît. Elle propose une nouvelle organisation de la permanence des soins (non programmés) en « *améliorant l'organisation existante afin de limiter les contraintes pour les médecins liés à la permanence des soins tout en assurant une reconnaissance de la mission de service public* ». Elle aborde la mise en place d'une plate-forme de régulation des appels dans le cadre de la PDS, l'établissement d'une liste départementale d'astreinte des médecins volontaires, une nouvelle sectorisation des territoires de garde et la rémunération des astreintes par l'Assurance maladie.

Le rapport [Discours](#) remis le 22 janvier 2003 propose notamment que la PDS repose sur le volontariat (modification de l'article 77 du code de déontologie). Les territoires de PDS doivent être réorganisés, un tableau des gardes de secteur mis en place avec les organisations concernées. Le CODAMUPS est chargé de cette organisation. Les modalités de rémunération évoluent.

La permanence des soins assurée par les médecins libéraux fait l'objet du décret du 15 septembre 2003 suivi de la circulaire n° 587/DHOS/01/2003 du 12 décembre 2003, textes relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et en organisant les différents points. Selon la Cour des comptes⁷³⁸, ce changement assez brusque de modèle, onéreux, reste fragile.

Le droit des patients

À l'issue de la large concertation menée par les états généraux de la santé pendant près de deux ans, le droit des patients est affirmé. L'idée de démocratie sanitaire, introduite par la Loi du 4 mars 2002 dite « Loi Kouchner » (Droit des malades et qualité du système sanitaire) fait référence à des droits collectifs quant à ce qui est identifié indistinctement jusqu'à présent comme celui du corps médical. Si la notion du secret médical était une vertu de la médecine (Hippocrate, préservation de l'intimité et caractère singulier de la relation médecin-malade), elle s'inscrivait dans un double rôle, à la fois un devoir, mais aussi une règle déontologique définissant aussi ce que doit être une bonne pratique médicale. Avec la loi, le secret devient aussi un droit du malade et non plus la propriété exclusive du médecin. Le droit au secret et à la confidentialité fait rentrer le secret dans le registre du droit et non plus de la déontologie⁷³⁹. La notion de libre-choix du patient fait débat. Il ne peut y avoir libre-choix sans consentement, ce qui suppose de fournir les informations nécessaires aux patients. Un glissement sémantique s'opère. Les malades deviennent des usagers du système de santé ayant des droits, ils deviennent des patients, potentiellement des consommateurs de soins, remplaçant de fait la confiance par une certaine forme de défiance vis-à-vis du corps médical et un regard « critique sur la qualité des soins ». Pour certains auteurs, elle marque la prise du pouvoir du « *patient consommateur* » devenant un « *patient expert* » au sein des collectifs inters associatifs sur la santé (CISS).

La notion de qualité des soins sous-entend, au milieu des années 1900, un enregistrement des données médicales de qualité. Il est à la fois question d'éthique et de recherche médicale. La notion de médecine contractuelle et de responsabilité (arrêt Mercier du 20 mai 1936) apparaît au début des années 1930. L'arrêt Teyssier de 1942 fait pour la première fois état du « droit des malades » dans une décision de justice relative au consentement d'une thérapie. La Loi de 2002 marque l'affirmation du droit des patients et concerne notamment l'accès libre et sans intermédiaires à leur dossier médical dont la tenue est imposée par la loi. Le

⁷³⁸ Migaud Didier et al. (2013) « La Sécurité sociale (Rapport 2013 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale) », Cour des comptes, 10 septembre 2013, p. 337 et suiv.

⁷³⁹ Pierron Jean-Philippe (2007) « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. », Sciences sociales et santé, Vol. 25, p. 43-66

patient passe de témoin à plaignant et renverse plus ou moins la charge de la preuve au médecin. Elle met un arrêt définitif à la jurisprudence déclenchée par l'« arrêté Perruche ». Un droit à l'indemnisation amiable est créé (dédommagement disjoint du jugement de la faute médicale éventuelle), porté par la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI). L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) est mis en place en décembre 2002. Pour certaines « activités à risque » (chirurgie, obstétrique), les assurances de responsabilité civile médicale (RCM ou RCP – professionnelle) augmentent fortement⁷⁴⁰.

La médecine générale devient une spécialité à part entière

La Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 remplace le concours de l'Internat par l'Examen classant national – ECN, qui sera mis en place en 2004. La médecine générale est maintenant considérée comme une spécialité à part entière et sera soumise en 2004 au même régime que les autres spécialités.

Le sénateur Francis Giraud, à l'initiative de la Loi de 2002, déclarait en [2007](#) : « *L'objectif de la réforme de 2002 était triple : il s'agissait, d'une part, de donner à l'ensemble des médecins la meilleure formation possible, d'autre part, de mettre fin à la marginalisation des médecins généralistes trop souvent sélectionnés par l'échec et, enfin, de les hisser au rang de leurs collègues spécialistes. Le système antérieur contenait, en effet, il faut bien l'avouer, une dévalorisation de fait de la médecine générale. Il entretenait un amalgame, dans l'esprit de l'opinion publique, entre compétences, voire qualité professionnelle, et exercice spécialisé. Cette situation pernicieuse induisait une sorte de discrimination néfaste au sein du corps médical, qui, hélas !, perdure de nos jours. Ainsi, les actes techniques, voire les machines, sont-ils mieux rémunérés que la réflexion et l'examen clinique !* »

Le rapport Druais⁷⁴¹ présenté en mars 2015 arrive aux mêmes conclusions : « *La médecine en France s'est structurée historiquement depuis la Loi de 1958 autour de l'hôpital permettant à la France de développer une médecine de haut niveau. Ce cadre a favorisé le développement de spécialités voire d'hyper-spécialités, la Médecine générale s'y définissant par défaut. L'organisation actuelle du système de soins français a deux caractéristiques : organisation autour et par rapport à l'hôpital, absence de régulation des modalités des recours aux soins. Ces deux éléments se répercutent sur tous les rouages du système : formation initiale et continue, fléchage des fonds, organisation administrative, culture "dominante"... Le système de santé français doit se recentrer sur les soins primaires... définissant les niveaux de recours en fonction des réels besoins de santé des populations.* »

Restructuration du système hospitalier, T2A, CPP

Le 20 décembre 2002 (Loi n° 2002-1487, LFSS 2003), un nouveau plan de restructuration du système hospitalier est proposé, devant aboutir d'ici 2007. Il est qualifié de pacte de modernité pour l'hospitalisation. Ce nouveau plan de modernisation, appelé plan « Hôpital 2007 »⁷⁴², comporte un plan ambitieux d'investissement hospitalier, introduit la tarification à l'activité (T2A) qui doit se substituer à la dotation globale (100 % T2A en 2008). La CCAM remplace les nomenclatures d'actes en vigueur (CdAM et NGAP [dont celle pour l'activité libérale à l'hôpital]). Elle met en place « la nouvelle gouvernance hospitalière » en

⁷⁴⁰ « Il existe principalement deux modèles européens de dispositifs publics à caractère national : le modèle scandinave, qui indemnise les accidents sans s'interroger sur la question de la faute (il s'agit plus d'un modèle appelé en anglais "no blame" plutôt que d'un modèle "non-fault"), et le modèle français, qui postule que la recherche de la faute est première et que l'indemnisation de l'accident médical non fautif ne peut que lui être subsidiaire ». Gibert S. al. (2011) « Analyse comparée des dispositifs publics d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Belgique et en France », *Les Tribunes de la santé*, 2011/2, n° 31, pp. 85-104

⁷⁴¹ Pr Druais (2015). Op. cit.

⁷⁴² Debrosse Denis, Perrin Antoine, Vallancien Guy (2003) « [Plan Hôpital-2007. Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale](#) », 2003, La Documentation Française

créant une nouvelle instance : le Comité exécutif, composé paritairement des représentants de l'Administration désignés par le Directeur, de médecins, du président de CME et de responsables de pôles. Le souhait est de mettre en place une cogestion médico-administrative de l'hôpital.

La tarification à l'activité, prévue de façon expérimentale par la Loi CMU de 1999, doit constituer un mécanisme incitatif se substituant au budget global. Certains médecins reprochent à ce plan de soumettre les médecins au pouvoir administratif, dans un contexte de « New public management », introduisant les notions de stratégie et d'objectifs, d'évaluations organisationnelles, économiques et managériales, mis en place dans le cadre de la LOLF en 2001.

La loi prévoit aussi que les prescriptions médicales utilisent la DCI⁷⁴³ pour favoriser l'utilisation des génériques, déjà prévue par le plan Juppé (Ord. 96-345), mais non appliquée, tout comme le codage des actes et diagnostics, en contrepartie de la revalorisation de la consultation des généralistes. Son article 4 prévoit des engagements individuels contactés auprès de l'Assurance maladie : les contrats de bonne pratique professionnelle (CPP ou CBP) et les contrats de santé publique – CSP – et les accords de bon usage des soins (AcBUS) visant à faire évoluer les pratiques des professionnels de santé vers le bon usage du soin, de manière collective.

Les CPP visent à inciter les médecins à améliorer leurs pratiques en contrepartie d'une rémunération forfaitaire versée par la CPAM. Ils s'accompagnent d'une évaluation des pratiques professionnelles – EPP – (le lien avec le courant de la médecine basée sur des preuves, aussi appelée médecine factuelle [Evidence-based medicine - EBM]) et d'une obligation de formation médicale continue (FMC). EPP et FMC seront fusionnées dans le dispositif de Développement professionnel continu – DPC – par la Loi HPST de 2009. Les CSP portent sur les actions de permanence et de coordination des soins, dans le cas des équipes interdisciplinaires par exemple, ou d'actions de prévention. Il ouvre droit à une rémunération. Ces dispositifs, CPP, CSP et AcBUS seront supprimés par la Loi HPST de 2009 et remplacés par d'autres mesures individuelles. Les CAPI, en 2009, Contrats d'amélioration des pratiques individuelles, introduisent une incitation monétaire à la mise en œuvre de seize objectifs chiffrés de santé publique et de prescription. Les CAPI, conclus avec environ 12 000 médecins volontaires mi-2011, rencontreront une forte opposition, entre autres en raison de leur caractère individuel. Ils seront remplacés par les ROSP, la Rémunération sur objectifs de santé publique, indicateurs rendus obligatoires (75 000 signataires) par la convention signée en 2011. Allouache et Vacarie (2011⁷⁴⁴) montrent dans leur étude que la « *multiplication des mécanismes incitatifs et des techniques contractuelles est en effet le moyen privilégié de réaliser l'objectif de promotion de l'engagement individuel à la place des relations collectives.* » Évaluation et quantification sont le pendant de l'exacerbation de la logique incitative.

De la rémunération des médecins...

Depuis la Révolution, la rémunération des médecins est sujette à controverses multiples au sein du corps médical lui-même (en étant caricatural, entre les tenants du libéralisme et le paiement à l'acte lié au libre-choix, et les tenants du tout social, avec le tiers payant généralisé et le choix contraint du patient) et entre le corps médical et l'État. De façon

⁷⁴³ Réitéré par l'[Arrêté du 28 juin 2002](#), portant approbation d'un avenant à la Convention nationale des médecins généralistes, relative à des revalorisations tarifaires de la visite à domicile et de la consultation au cabinet, en contrepartie desquelles les médecins s'engagent à prescrire les médicaments en Dénomination commune et à réduire le nombre de leurs visites. J.O., 29/06/2002

⁷⁴⁴ Allouache Anissa et Vacarie Isabelle (2011) « Les bonnes pratiques professionnelles. Le sens des mots », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 29, p. 179-181

synthétique⁷⁴⁵, il existe 3 modes de rémunération, résumés dans le tableau ci-après, généralement liés à un modèle de système de santé. Néanmoins, les 3 modèles de rémunération peuvent coexister au sein d'un même système de santé, chaque système cherchant, par comparaison avec les autres systèmes à améliorer le sien...

Tableau 15 : Mode de rémunération des médecins ou des professionnels de santé

| Mode de rémunération | Paieement à l'acte (A) | Capitation (B) | Salariat (C) |
|--------------------------------------|---|--|--|
| Rémunération | Revenus dépendant du nombre d'actes effectués, de la composition des actes et de leur prix. En France, pour les médecins, les tarifs sont définis conventionnellement pour le secteur 1, ils sont libres pour le secteur 2. Différents avantages fiscaux (tendant à diminuer) ou primes sont associés à l'activité, en secteur 1 : ROSP, déclaration comme médecin traitant, etc. | Une somme forfaitaire est versée annuellement (ou sur autre périodicité) par patient inscrit auprès du médecin (libre-choix ou sectorisation imposée). Le nombre de patients peut être plafonné). Le montant peut varier en fonction des caractéristiques du patient (âge, sexe, présence de maladies chroniques ou non, milieu socio-économique, etc.) Cette somme est indépendante du nombre de venues du patient ou du volume des soins donnés. | Salaires mensuels fixes reposant sur une durée de travail fixée contractuellement et indépendante de l'intensité de la charge de travail. Différentes primes viennent compléter ce salaire mensuel. |
| Exemple | France (Médecine libérale, générale et spécialisée et paramédicaux, plus généralement représentés dans les soins dits de ville), Canada, États-Unis... | Royaume-Uni (Médecine générale, principes du P4P couplé au Quality for Performance - QOF), dans une certaine mesure, Pays-Bas (système mixte [A et B]), Allemagne (idem). Décentralisation forte au Danemark, en Finlande et en Suède. | France : médecine hospitalière, médecine spécialisée (à parts égales avec les libéraux), médecine spécifique (du travail, etc.), Finlande et Royaume-Uni (spécialistes) |
| Incidence sur les revenus | L'augmentation des revenus peut se faire en augmentant : * le nombre d'actes (prix fixé, souvent par convention) ; * le temps de travail ; ou en diminuant le temps réservé aux consultations, voire en faisant des consultations « de comptoir » | Il n'y a pas de lien direct entre le nombre d'actes et le revenu. Augmenter le nombre de patients inscrits permet d'augmenter les revenus. Avec la rémunération annuelle garantie, la sélection des patients permet aussi de limiter certains coûts. Système mixte au Danemark Salariat + capitation + paiement à l'acte | Pas de corrélation entre l'activité et le salaire versé. Un supplément de salaire est possible par les heures supplémentaires ou les primes diverses. Des primes sur objectifs peuvent être prévues (lien à la T2A en France) |
| Incidences sur les dépenses de santé | Incitation possible à l'augmentation du nombre d'actes (augmenter les revenus). Recours multiples aux actes dits complémentaires ou redondance de ces actes, notamment de diagnostic : le modèle concurrentiel n'incite pas à la diminution des actes « dits redondants ». Sans un système de « gatekeeper » complet, un patient peut faire des consultations multiples pour une même pathologie ou | Peu d'incitation à la multiplication des actes (effet inverse dans certains cas, par sélection) Connaissance des dépenses <i>ex ante</i> . Ajustement « plus facile » | Peu d'incitation à la multiplication des actes (effet inverse dans certains cas, par sélection ou depuis l'introduction de la T2A en France) Prévisions des dépenses hospitalières en France par l'obligation de présenter un EPRD – État prévisionnel des Recettes et des Dépenses. Connaissance des dépenses <i>ex ante</i> . Ajustement « plus facile » |

⁷⁴⁵ Sources multiples : Grignon Michel, Paris Valérie et Polton Dominique (2002) « L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins », étude n° 35, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002. Albouy Valérie et Déprez Muriel (2008) « Mode de rémunération des médecins », Trésor-Eco n° 42, septembre 2008, ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi. Samson Anne-Laure (2009) « Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? », Regards croisés sur l'économie 1/2009, n° 5, p. 144-158. Paris Valérie, Devaux Marion (2013) « [Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE](#) », Les Tribunes de la santé 3/2013, n° 40, pp. 45-52

| Mode de rémunération | Paieement à l'acte (A) | Capitation (B) | Salariat (C) |
|-------------------------------------|--|--|---|
| | consulter un spécialiste directement. C'est le cas du principe du médecin traitant en France. Connaissance des coûts <i>ex post</i> | | |
| Incidences sur la qualité des soins | Réponse à la demande et aux besoins des patients Adaptabilité Qualité des soins (lien à la concurrence) Amélioration de la productivité Peu d'incitation à la prévention (système curatif) | Réponse aux besoins des patients Peu d'incitation à la qualité, voire effet inverse par sélection en fonction du mode de rémunération. Les cas les plus « complexes » sont redirigés vers des structures hospitalières. Peu d'amélioration de la productivité. Incitation à la prévention (limiter les actes) | Faible incitation à la réponse aux besoins et demandes des patients. Faible incitation à la qualité, à relativiser en France en lien avec les procédures d'accréditation de la HAS. Faible incitation à l'amélioration de la productivité. La régulation de l'activité se fait par la régulation des files d'attente (consultations, délais) |
| Incidence sur l'accès aux soins | Neutre si les prix sont régulés (secteur 1). Les dépassements d'honoraires (secteur 2, mais aussi dans le salariat [toléré]) conduisent à des différences d'accès aux soins. Incitation à l'installation dans les zones dynamiques. | Sélection des patients, surtout si le forfait comprend les produits de santé et que l'activité s'exerce dans des bassins « défavorisés » | Sélection des patients (contexte de la concurrence entre les secteurs public, parapublic et privé). En France, la prise en charge des cas relevant conjointement du domaine social et sanitaire est assurée par les hôpitaux (inadéquation des moyens et des coûts au regard des prises en charge) |

Des rapports et des réformes, Hôpital 2007, le DMP et le médecin traitant

Si la Loi de 2003 supprime la carte sanitaire, elle renforce les SROS tout en souhaitant relancer la coopération inter-hospitalière par la création des groupements de coopération sanitaire (GCS) qui devraient remplacer les SIH (Syndicats Inter Hospitaliers).

Plusieurs rapports sont publiés en 2003. Le rapport [Fieschi](#) en janvier 2003 sur « *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins* » introduit la notion d'hébergement des données de santé et de mise en œuvre d'un système d'échange de données de santé potentiellement fédéré par les réseaux de soins, la notion de dossier partagé concernant le patient devant apparaître dans un second temps. « *Structurer et normaliser un **dossier patient partagé** ne peut être l'objectif de la première étape en 2003/2005 étant donné l'état des systèmes d'information disponibles et la culture du traitement de l'information dans le pays* ». En mai 2004, le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy déclare : « *L'objectif est que le déploiement du **dossier médical informatisé** (DMI, futur DMP) commence dès le 1er semestre 2005 et que la généralisation à l'ensemble de la population soit possible dans deux ans* ».

Le rapport [Domergue](#) présenté en février 2003 s'intéresse de façon plus spécifique la chirurgie tant publique que privée. Outre les conditions de travail difficiles, malmenée par les aménagements du temps de travail qui ont entraîné une certaine désorganisation, le rapport fait état d'une dévalorisation du métier de chirurgien et d'un défaut d'attractivité, notamment dans les hôpitaux publics. Les écarts de rémunération entre les secteurs 1 et 2, ou les disparités géographiques sont pointés du doigt.

Le rapport [Couanau](#) présenté en mars 2003 sur l'organisation interne de l'hôpital (« *Le désenchantement hospitalier* ») propose différentes voies d'améliorations de l'organisation, dont la clarification des rôles des responsables de service et en rendant « *aux hôpitaux, leur autonomie et leur responsabilité, et à l'Administration centrale, ses fonctions de pilotage du*

système. Le constat de la crise, récemment aggravée par la mise en place de la réduction du temps de travail, l'application du repos de sécurité et l'intégration du temps de garde dans le temps de travail, est assez accablant : perte d'attractivité des carrières hospitalières, " sentiment d'immobilisme ", mais aussi impossibilité d'évaluer la qualité des soins.⁷⁴⁶ » Constatant que l'« Amendement liberté », permettant à l'hôpital de s'organiser son activité de soins comme il le souhaite, n'a peu ou n'a pas été appliqué, principalement en raison du refus de « l'autorité administrative » par les médecins, il propose une nouvelle organisation (les pôles, décloisonnement des services, meilleure gestion des moyens) couplée à la tarification à l'activité. Malgré les dispositions légales (Code de la santé publique) ou déontologiques (article 11), les évaluations des pratiques professionnelles sont au point mort.

Le rapport [Matillon](#) en août 2003 intéresse « *Les modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé* ». Il sera suivi du rapport Berland, publié en octobre 2003, qui propose des aménagements aux problèmes de l'organisation hospitalière, notamment par la notion de transfert de compétences et de délégations de tâches. Si les expérimentations suscitent un intérêt, les professionnels concernés restent « circonspects ».

Le [rapport](#) de la « Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de la gestion sociale » intéresse le projet « Hôpital 2007 ». Parmi les différentes mesures proposées, le rapport propose que le recrutement des médecins soit simplifié et ramené au plan local, avec une publication immédiate de la vacance des postes, accompagnée d'une fiche profil de fonction.

Le plan Urgences est lancé fin 2003. Il propose la réorganisation et l'amélioration du fonctionnement des services d'urgence (10 500 postes sont prévus), leur informatisation, le renforcement des lits d'aval... Un diplôme spécifique de médecine d'urgence sera créé en 2004.

La mise en œuvre des modalités de la nouvelle gouvernance et de la facturation (avec la T2A le 30 avril 2004) entraîne de nombreuses réactions. Les syndicats de médecins sont très réservés, que ce soit pour l'évolution de la gouvernance, la maîtrise médicalisée des dépenses ou l'idée d'une intervention touchant à la liberté d'installation des médecins. Les appels à la grève et les manifestations, notamment de médecins, au cours de l'année 2004 donneront lieu à plusieurs versions du projet de réformes, pour aboutir à l'ordonnance du 2 mai 2005 dite de « simplification du régime juridique des établissements de santé », troisième volet du plan « Hôpital 2007 » (cf. infra).

La loi du 13 août 2004 instaure le dispositif du médecin traitant à compter du 1er janvier 2005 (notion de parcours coordonné venant en remplacement de la mesure controversée du médecin-référent). Le Dossier médical partagé (DMP), créé avec la réforme, a pour objectifs de réduire le nomadisme médical et les examens inutiles. Si MG-France avait soutenu la mise en place du médecin-référent (ordonnances Juppé), de façon à ancrer son rôle de pivot dans le système de santé, la CSMF l'avait vigoureusement combattue. Pour la CSMF, la mise en place du médecin traitant s'apparente à la mise en place de filières, le généraliste devenant un distributeur de tickets d'accès aux spécialistes. Le SML s'interroge de l'intérêt financier de passer par un médecin traitant pour obtenir le remboursement des soins effectués par un spécialiste. En fin de compte, la CSMF soutient la réforme en obtenant une plus grande liberté tarifaire pour les spécialistes.

La Loi d'août 2004 relative à la politique de santé présente de nouvelles orientations, dont la création des Groupements régionaux de santé publique (GRSP) chargés de la mise en œuvre

⁷⁴⁶ Source : APM. Le rapport Piquemal sur la mise en place de l'ARTT en 2002 avait souligné les conséquences de cette mesure sur le fonctionnement hospitalier et l'offre de soins.

des Plans régionaux de santé publique (PRSP). Cinq axes stratégiques nationaux sont définis. Elle étend l'obligation de la formation continue à d'autres professionnels de santé. L'ENSP devient EHESP.

En août 2004, les chirurgiens libéraux (Chirurgiens de France - CDF) menacent de partir en « exil symbolique » en Angleterre pour protester, entre autres, contre la sectorisation, le blocage des remboursements, et pour demander la revalorisation des actes techniques de la CCAM. La Loi de 2002 a aussi entraîné un renchérissement des primes d'assurance (RCM), le secteur assurantiel craignant une judiciarisation de la santé consécutive à l'affirmation du droit des patients (Loi de 2002), non démontrée⁷⁴⁷, mais les histoires liées au sang contaminé, aux hormones de croissance ou à l'arrêt Perruche notamment, n'ont pas été sans conséquence. Un accord, le « plan de sauvetage de la chirurgie », sera signé le 20 août 2004. Le mouvement est reconduit en mai 2005.

La Loi de réforme de l'assurance maladie (13 août 2004) propose de nouvelles orientations, dont l'amélioration de l'offre de soins et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Elle confie aux partenaires conventionnels l'organisation du suivi médical du patient, le dossier médical personnel devant venir en appui. Le médecin traitant (librement choisi par le patient avant le 1er juillet 2005, en remplacement progressif du médecin-référent) aura pour mission d'orienter le patient dans le système de soins (mise en place de la notion de parcours de soins) et, bientôt, de gérer son dossier médical. Il prescrira, autant que de besoin, la consultation d'un autre médecin (généraliste ou spécialiste). Toutefois, l'accès à certains spécialistes ne nécessitera pas de prescription du médecin traitant (accès « direct spécifique »). Des sanctions financières (majoration du ticket modérateur) sont prévues pour le patient « hors parcours »⁷⁴⁸. Une contribution forfaitaire sur les actes médicaux et les actes de biologie qui est fixée à 1 euro dans la limite d'un plafond annuel de 50 euros annuels.

Les parties signataires s'accordent pour considérer que le médecin traitant doit être le plus souvent le médecin généraliste, médecin de premier recours, s'appuyant sur un réseau de professionnels de santé, ville ou hôpital. Les Missions régionales de santé (MRS) nouvellement créées doivent permettre une meilleure coordination Ville-Hôpital. La CMU-C est créée. Un nouveau dispositif d'accréditation des professionnels et des équipes médicales est mis en place. Tout médecin, libéral ou salarié, doit s'engager dans une démarche d'évaluation individuelle de sa pratique professionnelle, éventuellement dans le cadre de groupes de pairs, sous peine de sanctions ordinales. La HAS a la responsabilité de l'organisation de cette évaluation, réalisée par des médecins habilités ou des organismes qu'elle agréé. Le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 précise cette obligation. Différentes mesures de majoration et de garantie des recettes de l'Assurance maladie sont prises.

Le décret du 23 décembre 2004 fixe la composition de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS). Les 46 sièges proposés sont répartis en fonction des effectifs des 12 professions représentées, soit environ 400 000 professionnels libéraux représentés par 24 organisations syndicales⁷⁴⁹.

⁷⁴⁷ La mise en place des CRCI et de l'Oniam a permis le développement des procédures de conciliation. Voir par exemple : Laude Anne, Pariente Jessica, Tabuteau Didier (2012) « La judiciarisation de la santé », Édition de Santé, décembre 2011. La synthèse du rapport de recherche est disponible sur le site [Internet](#) de la Mission de recherche droit et Justice. Une publication complémentaire est parue dans Laude Anne (2013) « La judiciarisation de la santé », Revue Questions de santé publique, no 20, mars 2013. L'auteur indique, en conclusion : « ... Les médecins peuvent donc être rassurés. D'ailleurs, l'étude réalisée par l'Institut Droit et Santé a également montré que cette catégorie professionnelle était moins souvent en litige avec leurs patients que les avocats avec leurs clients... »

⁷⁴⁸ Adapté à partir du [portail](#) du service public de la Sécurité sociale (2011) « Présentation de la réforme de l'Assurance maladie de 2004 », 2 mai 2011 mit à jour le 6 septembre 2013

⁷⁴⁹ Source : site Internet de l'[UNPS](#). Les professions représentées sont, par ordre alphabétique : les audioprothésistes, les chirurgiens-dentistes, les biologistes responsables, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, les médecins

Une convention médicale (elle concerne les généralistes et spécialistes) est signée le 12 janvier 2005. Elle ne comportera pas moins de 31 avenants sur les quatre années de son application.

La classification commune des actes médicaux (CCAM) remplace la NGAP le 26 mars 2005. Il subsistera une NGAP « résiduelle » pour les soins non repris sans la CCAM.

Remédicalisation des hôpitaux, urgences, « hôpital 2012 »

L'ordonnance du 2 mai 2005 rénove et « remédicalise » l'organisation hospitalière. Il s'agit de simplifier et déconcentrer la gestion autour d'entités de taille critique suffisante, et d'en responsabiliser les acteurs. Elle s'inspire des propositions issues du rapport Couanau de 2003. L'organisation de l'établissement est définie par le Conseil d'administration, sur proposition du Conseil exécutif. La CME voit son rôle renforcé. Les décisions du conseil d'administration, dont les décisions stratégiques, sont soumises à l'avis de la CME. Le directeur d'établissement et le président de la CME font partie du comité exécutif créé par l'ordonnance. Il est composé à égalité pour moitié de membres du corps de l'Administration et de membres du corps médical. Il leur revient de nommer les responsables de pôle et d'affecter les chefs de service et PH.

L'ordonnance installe une cogestion médicale et administrative au sein de l'établissement. Si la mise en place des départements prévue en 1984 a connu peu de succès, l'ordonnance de 2005 impose la création de pôles d'activité cliniques et médico-techniques. « *Le plan comporte des risques, car les établissements publics de santé sont ankylosés par un corporatisme confrontant la technocratie administrative et médicale, voire soignante*⁷⁵⁰ ».

Ces pôles peuvent être constitués des services ou unités fonctionnelles précédemment définis. Les fonctions de l'ancien « chef de service ou de département » évoluent. Il devient Praticien, chef de pôle. En mettant en œuvre la politique générale déclinée au niveau du pôle (projet de pôle défini avec le conseil de pôle), il organise, avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement, sur lesquelles il a une autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle. Il est normalement assisté d'un cadre de santé (ou d'une sage-femme) et d'un cadre administratif. La contractualisation interne, facultative avec les anciens services ou départements devient obligatoire. Le responsable de pôle a normalement l'autorité fonctionnelle sur l'ensemble du personnel, médical ou non, du pôle.

La LFSS de 2006 instaure une participation forfaitaire conditionnelle de 18 € à l'occasion d'une prise en charge hospitalière. Elle reconduit la notion des *contrats responsables*⁷⁵¹ et les étend à la CMU-C. Des dérogations sont prévues. Si un patient consulte, hors parcours, un médecin installé depuis moins de 5 ans (première installation ou installation dans une « zone déficitaire »), il n'est pas considéré comme étant hors parcours.

En janvier 2007, la médecine générale ambulatoire voit sa reconnaissance universitaire avancer. Une vingtaine de postes de chef de clinique ambulatoire seront créés à la rentrée.

généralistes et spécialistes, les orthophonistes, les orthoptistes, les pédicures-podologues, les pharmaciens titulaires d'officine, les transporteurs sanitaires, les sages-femmes. « L'UNPS a notamment pour buts d'émettre des propositions relatives à l'organisation du système de santé français ainsi qu'à tout sujet d'intérêt commun aux professions de santé, et en particulier en ce qui concerne l'organisation des soins entre les professionnels libéraux et le secteur hospitalier, la démographie professionnelle, la permanence des soins, la formation interprofessionnelle et la maîtrise médicalisée. »

⁷⁵⁰ IRDES, « Historique des réformes hospitalières », 2011, IRDES

⁷⁵¹ *Les contrats responsables, mis en place par l'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, concernent les complémentaires de santé ou les mutuelles. Leur entrée en vigueur au 1er janvier 2006 est aménagée. Ces contrats modulent les remboursements des frais de santé du patient en fonction du respect ou non du parcours de soins (médecin traitant). Leur objectif est de responsabiliser les patients, mais aussi les complémentaires de santé et les praticiens vis-à-vis des soins (et de leurs coûts). Les différentes franchises mises en place sont ainsi exclues des remboursements complémentaires. Elles seront destinées ultérieurement à financer les grands programmes de santé publique (maladie Alzheimer, soins palliatifs, plan de santé mentale et plan cancer).*

Dix médecins généralistes enseignants seront titularisés pendant trois ans. Néanmoins, ce statut particulier intégrant à la fois recherche et enseignement universitaire, mais aussi l'obligation d'exercice de la médecine générale ne sera mis en place qu'en 2008 (en 2007 pour le chef de clinique).

Le rapport de la [Cour des comptes](#) de début 2007, « *Les urgences médicales : constats et évolution récente* », fait état d'une situation contrastée. Entre 1990 et 2004, le nombre de « passages⁷⁵² » aux urgences a doublé (14 millions en 2004). Pour ses auteurs, « *Cette situation est paradoxale, car ces passages, le plus souvent, ne correspondent pas à une situation d'urgence vitale ou grave, puisque dans les trois quarts des cas environ, les patients retournent à domicile après consultation. Elle crée par ailleurs des insatisfactions tant pour le personnel, du fait des difficultés à gérer les flux des patients à l'intérieur du service ou de l'établissement, que pour les usagers, du fait des temps d'attente jugés parfois excessifs.* »

La mise en place de la permanence des soins et de différents dispositifs et conventions entre les différents acteurs (SDIS, Centre 15, SAMU, SMUR, etc.) n'ont, semble-t-il, pas permis de résorber ces flux. Les auteurs remarquent par ailleurs que la notion « d'urgence » est employée pour des situations très diverses. « *Les cas exigeant la mobilisation immédiate et rapide de moyens pour sauver un malade dont le pronostic vital est en jeu (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, détresse respiratoire...) sont rares. Les urgences, au sens des manuels médicaux, représentent moins de 3 % des motifs d'intervention des services d'urgence* ».

Le rapport Colombier de février 2007, portant sur « *La prise en charge des urgences médicales* », met un accent particulier sur l'intérêt des maisons médicales de garde en complément de la permanence des soins, en amont des urgences, mais aussi sur la nécessaire clarification du rôle des acteurs et sur l'information au public. D'autre part, il met en avant la complexité du pilotage du dispositif de la permanence des soins qui complique sa mise en œuvre. Il est aussi l'un des premiers à mettre l'accent sur l'incidence de la féminisation des professions de santé : « *la féminisation de la médecine a favorisé une prise de conscience de la part des confrères masculins qui ne travailleront plus dans les mêmes conditions que les générations antérieures* »⁷⁵³. Et il fait mention que les jeunes générations de médecins ont un nouveau rapport au temps en général, et par rapport au temps de travail en particulier, et qu'ils seraient moins portés que les anciens vers l'exercice libéral. « *On constate en effet une tendance des jeunes générations de médecins à réduire – ou du moins à aménager – leur temps de travail et leurs contraintes professionnelles... L'étude du conseil de l'Ordre montre en effet que les jeunes médecins ont tendance à choisir leur mode d'exercice en fonction du temps de travail qui s'y attache. Elle constate notamment l'attrait de la médecine salariée et du “travail à la carte”, à travers les remplacements”, qui permettent d’“échapper aux contraintes professionnelles (les gardes, mais aussi les charges liées à l'installation en cabinet)”. En outre, l'exercice individuel attirerait de moins en moins les médecins*⁷⁵⁴ ». Néanmoins, l'arrêté du 21 novembre 2007 va permettre l'extension de la PDS, pour les

⁷⁵² Le terme de passage dénombre comme « passage » toute arrivée d'un patient dans un service d'urgence même s'il s'agit d'une suite d'urgence ou d'un accueil de première intention pour une hospitalisation, si le service est organisé ainsi. Elle exploite la classification GEMSA, qui permet de distinguer les patients selon leur mode d'accueil et de sortie, c'est-à-dire selon que leur passage a donné lieu ou non à une hospitalisation. Elle n'aborde les prises en charge que sous l'angle de l'activité du service et de l'orientation du patient. Les spécialistes des urgences ont élaboré une échelle de gravité en 5 classes (CCMU) permettant de connaître la gravité de l'état des patients. Elle était en cours de déploiement à la rédaction du rapport.

⁷⁵³ Voir, par exemple, Lapeyre Nathalie, Le Feuvre Nicky (2005) « [Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé](#) », Revue française des affaires sociales, n° 1, p. 59-81. Lapeyre Nathalie, Le Feuvre Nicky (2009) « [36. Avocats et médecins : féminisation et différenciation sexuée des carrières](#) », Sociologie des groupes professionnels, La Découverte, « Recherches ».

⁷⁵⁴ Colombier Georges (2007) « Rapport d'information : La prise en charge des urgences médicales », Assemblée nationale, p. 31 et suiv. Concernant la féminisation, voir aussi CNOM (2005) « La féminisation, une chance à saisir », Ordre national des médecins, 1er décembre 2005, site [Internet](#).

médecins libéraux, aux samedis après-midi, nuits et ponts, avec une majoration d'honoraires et une revalorisation de leur participation à la régulation.

Le plan « Hôpital-2007 » arrivant à échéance, force est de constater que tous les objectifs n'ont pas été atteints. Un nouveau plan, le plan « Hôpital-2012 », est annoncé le 13 février 2007. Parmi les différents objectifs, il s'agit de soutenir la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et d'accompagner les recompositions hospitalières, les regroupements de plateaux techniques, les partenariats entre établissements publics et privés et les recompositions internes (objectif n°2). Le développement des systèmes d'informatisation hospitaliers représente 15 % des enveloppes régionales. Il encourage le regroupement et la mutualisation des projets d'informatisation des établissements (objectif n°4).

Ce plan s'accompagne d'un financement prévu de 12 milliards d'Euros, dont 1 milliard pour l'informatique de santé. Le LECISS, regroupant « les entreprises des systèmes sanitaires et sociaux », est créé pour regrouper différents éditeurs et prestataires informatiques, sans parvenir à fédérer une offre homogène et cohérente, souvent en lien avec les habitudes et usages des praticiens, mais aussi du parc informatique existant. Une partie de ces financements sera consacrée à la « production des soins », dont la mise en œuvre de solutions qui doivent aussi répondre aux demandes réglementaires du moment.

Un nouveau rapport sur la permanence des soins, le rapport [Grall](#) intitulé « *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins* » est publié en août 2007. Il met l'accent sur un dispositif peu fiable, fragile et coûteux, et structurellement complexe : « *En effet, la dichotomie entre les préfets, responsables du dispositif sans avoir prise sur le financement, et l'Assurance maladie qui répartit les ressources financières, ne permet pas de garantir la fiabilité ou la pérennité du système, dans un contexte de jeux d'acteurs favorisés par le fait que la PDS est effectuée par les médecins sur la base du volontariat, avec des conseils départementaux de l'ordre des médecins dont l'implication, bien que potentiellement déterminante, est inégale* ».

À l'automne 2007, la liberté d'installation des médecins libéraux fait de nouveau débat. Dans son rapport sur les lois de financement de la Sécurité sociale de 2007, la Cour des comptes préconise de « *Mettre en place des mécanismes de pénalisation financière complétant les dispositifs incitatifs existants afin de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et de préserver l'égal accès aux soins* ». Cette phrase sera sortie de son contexte, mais... Le président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), Michel Régereau déclare, dans la *Tribune* du 11 septembre 2007, que l'on « *ne doit plus laisser une liberté totale d'installation* » aux médecins libéraux : « *il faut revoir les règles d'installation des professionnels de santé dans les zones où l'on constate une évolution défavorable de la démographie médicale. [...] J'estime qu'il y a une obligation de service public pour les professions médicales et paramédicales et que l'on ne doit plus laisser une liberté totale d'installation aux soignants* ». Il déclenche l'ire des étudiants en médecine (journée sans internes du 5 octobre 2007, manifestations du 10 octobre 2007) et de la CSMF notamment. Elle dénonce une « *volonté de mettre au pas la médecine libérale* » et reproche à l'Assurance maladie de ne toujours pas avoir mis en place les incitations financières destinées à l'installation en zone déficitaire. Les articles prévus au PLFSS de 2008 seront supprimés.

Un premier [rapport](#) sur le Dossier médical personnel (DMP) est publié en novembre 2007. L'objectif de la mission interministérielle conjointe (IGF, IGAS, CGTI) était d'analyser les raisons techniques et organisationnelles du retard pris par le projet. Le plan de relance du DMP en 2009 avait pour objectif de relancer le projet. Il sera suivi d'un nouveau rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECTS) intitulés « [Sur le dossier médical personnel \(DMP\), quel bilan d'étape et quelles](#)

perspectives ? » « L'objectif de l'audition publique était de mettre en présence les principaux protagonistes du dossier, afin de déterminer si les conditions de la réussite du projet étaient désormais réunies et si tous les obstacles étaient levés. » Le rapport de la Cour des comptes de juillet 2012 sur « Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place » donnera des conclusions pour le moins contrastées. Si tout le monde semble convaincu de l'utilité du DMP, peu souhaitent modifier leur pratique, l'intégration aux multiples solutions informatiques du marché restant très compliqué. Une nouvelle relance visant cette fois-ci les personnes âgées et les personnes prises en charge en ALD est prévue en 2013.

La Loi de financement de la Sécurité sociale de 2007, pour l'année 2008, prévoit la mise en place d'une franchise médicale plafonnée, à la charge du patient, concernant les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elle permet, selon la Cour constitutionnelle, de répondre aux exigences constitutionnelles liées à l'équilibre financier de la Sécurité sociale.

À la fin du plan quinquennal instauré par la Loi de 2004, un nouveau plan portant sur la réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi HPST, du 29 juillet 2009⁷⁵⁵) est lancé. Il contient plusieurs modifications concernant le premier recours (voir la définition *infra*) et les hôpitaux :

- Le directeur d'établissement voit ses attributions renforcées.
- Le conseil d'administration est transformé en Conseil de surveillance ;
- Le Conseil exécutif est transformé en Directoire ;
- Les responsables des pôles d'activité deviennent des Chefs de pôle, traduisant le renforcement de leur rôle et de leurs compétences. Ils sont désormais les pilotes des centres opérationnels de l'hôpital ;
- Les ARH sont transformées en Agences Régionales de Santé (ARS) et voient leurs compétences étendues ;
- Les Syndicats inter-hospitaliers sont remplacés par des Communautés hospitalières de territoire (CHT) ;
- Le statut du corps médical comprend de nouveaux dispositifs.

Un pan majeur du système de santé, les soins de premier recours, est reconnu pour la première fois par une loi, en reçoit une définition, se voit donnée la liste des professionnels de santé et des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux qui y « concourent » et peut bénéficier d'une organisation en « pôles de santé ».

Les médecins généralistes y sont privilégiés. Ils ont droit à tout un article sur leurs missions à cet égard. Leur filière de formation est renforcée, notamment par création de postes de professeurs des universités, de maître de conférences et de chefs de clinique des universités (la spécialité « Médecine générale » a été reconnue en 2002...). Les internes pourront effectuer un stage auprès de praticiens des centres de santé ou de structures de soins agréées. Les médecins généralistes doivent adhérer à un « Contrat santé-solidarité » pour combler les manques en accès aux soins des zones déficitaires, sous peine de « contribution forfaitaire annuelle ». La ministre s'engage à ne pas le faire appliquer « dans l'immédiat », satisfaisant ainsi aux revendications des syndicats de médecins généralistes. La Loi « Fourcade » de juillet 2011 supprimera les mesures de la Loi HPST les plus fortement contestées par les syndicats de médecins libéraux : le Contrat santé-solidarité obligeant, sous peine d'amende, les médecins des zones surmédicalisées à prêter main-forte à ceux exerçant en zone sous-médicalisée, et l'obligation de déclaration de congés auprès des ARS afin de faciliter la permanence des soins.

⁷⁵⁵ ANAP (2010) « La Loi HPST, les clés pour comprendre », ANAP, 2010. Voir aussi le site Internet www.infirmiers.com : « HPST : Une réforme de l'organisation des soins inscrite dans une réforme de l'État » 12/07/010, mis à jour le 02/07/2015.

Les coopérations entre professionnels de santé font l'objet de plusieurs articles : elles peuvent être engagées à l'initiative des professionnels sur des protocoles soumis à la HAS et validés par le directeur de l'ARS. Le lieu et le mode d'exercice de ces professionnels n'étant pas précisés, il s'agit d'un encouragement à la « transversalité ».

La FMC (Formation médicale continue) et l'EPP (Évaluation des pratiques professionnelles) sont remplacées par le DPC (développement professionnel continu), dont le financement est assuré par un organisme gestionnaire collectant l'ensemble des fonds et doté de la personnalité morale. L'ensemble de son fonctionnement sera fixé par voie réglementaire.

La mise en place de la Loi HPST suscite de nombreuses oppositions des syndicats médicaux. L'extension de la notion de service public au secteur privé engendre des remous. La nouvelle gouvernance acte la mise en œuvre des Contrats d'objectifs et de moyens (CPOM). Dans le cadre de cette nouvelle gouvernance, les projets de performance de l'ANAP sont lancés. Ils se complètent de projets dédiés à la formation des directeurs de pôles.

Un premier bilan de l'organisation en pôles a été publié en 2010⁷⁵⁶. Alternance politique aidante⁷⁵⁷, il sera suivi d'un nouveau bilan le 9 mars 2013⁷⁵⁸. Il est à noter cependant que ces deux rapports n'ont pas la même origine. Si le premier a été réalisé par l'IGAS à la demande de la ministre de la Santé, Mme Bachelot-Narquin, à l'origine de la Loi HPST, le second l'a été par les présidents de la conférence des directeurs des hôpitaux et des présidents de la conférence des présidents de CME, à la demande de la ministre de la Santé, Mme Touraine. Il fait suite au lancement des concertations lancées à l'automne 2012 appelées « Le Pacte de confiance avec les hospitaliers ». Elles concernaient principalement les 3 thèmes suivants :

- Le service public hospitalier dans le système de santé (Rapport Devictor) ;
- Le dialogue social à l'hôpital et les ressources humaines (Rapport Toupillier) et,
- L'organisation et le fonctionnement de l'hôpital (rapport Cavalier).

La synthèse est portée par le rapport Couty, « Le Pacte de confiance pour l'hôpital » présentée le 9 mars 2013. Dans la foulée, la Stratégie nationale de santé (SNS) lancée le 23 septembre 2013, vise définir le cadre de l'action publique pour la santé dans la décennie à venir. Elle propose trois grandes orientations⁷⁵⁹ : miser sur la prévention, organiser les soins autour des usagers et en garantir l'égal accès et renforcer l'information et le droit des patients.

Depuis la Loi HPST, différents travaux ont été menés sur de nombreux sujets, comme le temps de travail des professionnels de santé, les RTT et le compte épargne-temps, la reconnaissance des diplômes dans le cadre de la mise en œuvre du LMD, la place et l'organisation des pôles et le rôle et le positionnement de ses responsables, la permanence des soins, les dépassements d'honoraires, le dialogue social dans la santé ou l'évolution démographique des professionnels de santé, en lien avec la même évolution dans la population et de ses attentes possibles pour ce qui concerne les soins... Cette liste est loin d'être exhaustive.

Une certaine accélération du temps semble se faire jour au travers des nouveaux projets lancés sur des thématiques portant sur la place de la chirurgie ambulatoire, la télémédecine,

⁷⁵⁶ Zeggar Hayet, Vallet Guy, Terceire Oriane (2010) « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », IGAS, La Documentation Française

⁷⁵⁷ Ce que Hassenteufel appelle la « mise sur agenda », citant Kingdon grâce à l'apparition « d'une fenêtre politique » (policy window) – p. 53. Hassenteufel Patrick (2010) « [Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics](#) », Informations sociales 1/2010 (n° 157), p. 50-58

⁷⁵⁸ Domy Philippe, Pr Moulin Guy, Fréchou Denis, Martineau Frédéric, Müller Christian (2013) « Bilan et évaluation des pôles dans les établissements de santé : Rapport des conférences hospitalières à madame la Ministre des Affaires sociales et de la santé »

⁷⁵⁹ [Informations issues du ministère des Affaires sociales et de la Santé](#) et de l'[Observatoire de la régionalisation](#)

la notion de territoire ou d'Hôpital numérique ou la « Silver Economy ». Internet et les objets connectés prennent une place de plus en plus prépondérante dans les habitudes et l'information, pas forcément toujours pertinente, des patients. Le développement du marché de l'auto-mesure, le Quantified-Self⁷⁶⁰, devrait représenter un marché d'environ 30 milliards de dollars en 2018 (pour les objets connectés portés ou les wearable technologies). Le partage quasi systématique des données collectées sur des plates-formes plus ou moins ouvertes, du site du fabricant ou de celui du vendeur, aux réseaux sociaux de type Facebook, pose le problème tant de la qualité des données que de leur usage et de la sécurité des données à caractère personnel.

La « feuille de route » de la Stratégie nationale de santé publiée par le ministère de la Santé en 2013 indique, pour ce qui concerne notre domaine (page 23, *in extenso*⁷⁶¹) :

« Axe 2.4 des systèmes d'information accessibles et partagés

Le développement des SI de santé et la révolution numérique en cours dans ce secteur sont des leviers majeurs de réussite pour modifier en profondeur le système de santé et offrir des réponses aux défis de réduction des fractures territoriales, de réorganisation de la permanence des soins, de développement des prises en charge pluridisciplinaires, de mise en œuvre de nouvelles formes de prises en charge et de surveillance au plus près du patient, d'optimisation de la mobilisation des compétences rares, d'amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles, d'augmentation des collaborations entre les champs du sanitaire et du médico-social.

2. 4. 1. standardiser les systèmes d'information en médecine de ville et les rendre interopérables avec ceux des établissements hospitaliers et médico-sociaux.

L'État et l'assurance maladie ont lancé une politique volontariste auprès des professionnels de santé et des établissements de santé qui ont été incités à informatiser un certain nombre de fonctions prioritaires comme le dossier patient ou l'échange d'informations. Le partage d'information entre professionnels libéraux est crucial pour améliorer les pratiques au sein des équipes de soins même si la mise en commun des informations se heurte encore à des difficultés. Cette première étape de structuration des systèmes d'information au sein des équipes de proximité doit être pensée le plus en amont possible afin d'assurer sa compatibilité avec les autres structures de soins, notamment par la mise en place de méthodes de codage homogènes. L'étape suivante consiste à rendre interopérables les systèmes d'information en ville et en établissement tant sanitaire que médico-social.

2.4.2. Accélérer le déploiement du " DMP 2 ".

Il convient de changer radicalement de stratégie en tirant les leçons des échecs successifs des différents modèles de développement du dossier médical personnel (DMP). Ceci conditionne en large part la possibilité d'atteindre les objectifs définis dans la présente feuille de route, car, à l'image de l'ensemble des systèmes d'information, il ne s'agit pas d'un simple outil de la politique de santé, mais désormais de l'un de ses enjeux décisifs.

Le projet de DMP a souffert depuis le début d'une confusion d'objectifs. Assumer les difficultés rencontrées conduit à proposer un DMP pluriel, adapté aux besoins de chacune des parties prenantes, et notamment des professionnels de santé.

L'enjeu du " DMP 2 " est de définir le socle d'informations qui doivent y figurer. La crédibilité de l'outil et sa pleine appropriation par les usagers et les professionnels dépendront de la rapidité de son implantation. Il doit être réorienté au service du parcours de santé comme outil de coordination. Il intégrera de nouveaux services comme le partage d'une synthèse médicale. Il sera l'instrument privilégié de la prise en charge des pathologies chroniques, avec une

⁷⁶⁰ <http://esante.gouv.fr/le-mag-numero-9/quantified-self-la-e-sante-de-demain>

⁷⁶¹ Ministère de la Santé (2013) « Stratégie nationale de santé. Feuille de route », ministère de la Santé

indispensable ouverture sur le domaine médico-social. Un lien avec le dossier pharmaceutique, dont le déploiement pragmatique a assuré le succès, pourra être étudié.

Le déploiement du DMP 2 s'accompagnera de la mise en place d'une messagerie sécurisée santé qui permettra aux professionnels de santé d'avoir notamment une information structurée pour la biologie et les comptes-rendus d'imagerie...

... 2.4.5. développer la télémédecine.

Le développement de la télémédecine permet la mise en réseau des professionnels de santé autour de la prise en charge d'un patient. Elle substitue le transport d'images de haute qualité au déplacement du patient ou du professionnel, en rapprochant le premier du second, ou bien en rassemblant des professionnels de santé distants... »

Dernièrement (mai 2015), le rapport Hubert⁷⁶², pour ce qui concerne les systèmes d'information de santé (hospitaliers), dans le contexte des groupements hospitaliers de territoire souhaités par la ministre de la Santé, fait le constat de l'éclatement des solutions mises en œuvre et des difficultés inhérentes à cette situation. L'idée initiale d'un « système d'information unifié, voire unique » devrait faire place, si la proposition est retenue, à la notion de « système d'information convergent », sous la responsabilité de l'établissement support (en tant que gestionnaire des ressources informatiques). Cet établissement aura pour fonction, dans la proposition de Loi telle que rédigée, « 1) la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements partis au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ». Pour ce faire, il disposera d'une « boîte à outils » contenant « Un guide relatif à la mise en place d'un système d'information convergent et des fiches repères d'adaptation des procédures d'acquisition ». Si l'on risque de voir le retour en force des « ex-CRIH », il n'est pas assuré que les utilisateurs de ces systèmes techniques en soient les grands gagnants, essentiellement parce que le concept de système d'information est, comme par le passé, essentiellement abordé par la technique et les applications... La présentation, par Denis *et al.* (2004) des théories que ces auteurs associent au « Strategizing » dans les organisations pluralistes prennent ici tout son sens.

Nous avons volontairement souhaité arrêter cette revue au lendemain de la publication de la Loi HPST et à la préparation de la Loi de santé pour 2016. Les nombreux débats liés à cette Loi aux évolutions et problématiques évoquées succinctement ci-dessus dépassent très largement le cadre de cette publication. Si la SNS pose comme principe que le médecin traitant est le pivot du parcours de santé, les débats associés à la préparation de la future Loi de santé engendrent de nombreux remous en 2014 et en 2015. L'approche tend à se resserrer sur une organisation ou l'hôpital serait le pivot de l'organisation des prises en charge sur un territoire ce qui suscite de nombreuses oppositions, notamment dans le secteur libéral. La généralisation du tiers payant fait aussi l'objet de nombreuses manifestations de la part du même secteur libéral, fait assez rare pour être soulignée, avec des revendications variant en fonction des syndicats. De leur côté, les syndicats de praticiens hospitaliers sont plutôt pour...

⁷⁶² Hubert Jacqueline, Martineau Frédéric (2015) « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire »,

Juin 2015.

Au vu des développements techniques assurés d'un côté par l'ASIP, avec le soutien efficace de certains groupes d'industriels ou de leurs associations (Edisanté, IHE...), exemple-école de l'application de la théorie de l'acteur-réseau de Latour, et par les projets « numériques » (Territoire de soins numériques, Hôpital Numérique) de l'autre, ou en lien avec les remous provoqués par la Loi de santé tant en 2014 et 2015, il est possible de s'interroger une nouvelle fois sur ce que sera la communication en santé, demain, au sein des parcours... et sur ce que sera le positionnement des GAFAs⁷⁶³ ou des assurances privées, entre autres...

La communication s'inscrit dans un paysage complexe, où chaque acteur, chaque organisation cherche à la fois à effectuer le mieux possible les missions qui lui sont confiées, mais aussi subsister et évoluer.

⁷⁶³ *Acronyme pour Google, Apple, Facebook et Amazon*

Annexes : Bibliographie

- Aguizzoli Fabienne, Aligon Anne, Com-Ruelle Laure, Frérot Laurence (1999) « Choisir un médecin référent. Une analyse réalisée à partir du premier dispositif mis en place début 1998 », IRDES (CREDES), Bulletin d'information en économie de la santé, n° 23, novembre 1999.
- Albouy Valérie et Déprez Muriel (2008) « Mode de rémunération des médecins », Trésor-Eco n° 42, septembre 2008, ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi.
- Allouache Anissa et Vacarie Isabelle (2011) « Les bonnes pratiques professionnelles. Le sens des mots », Journal de gestion et d'économie médicales, Vol. 29, pp. 179-181.
- Ammar S. (2003) « Histoire de la Psychiatrie Maghrébine », site Internet.
- ANAP (2010) « La Loi HPST, les clés pour comprendre », ANAP, 2010.
- ARMEL (2011) « Historique de la PDS », Association de Régulation des Médecins Libéraux (ARMEL) de Midi-Pyrénées, site Internet.
- Arte (2012) « Cancer et médecine ayurvédique », diffusé en juin 2012. Site Internet.
- Benoit-Lapierre Nicole, Cevasco Rithée, Zafiroopoulos Markos (1980) « Vieillesse des pauvres : les chemins de l'hospice » Économie et humanisme, les éditions ouvrières, p. 9.
- Berge M. (1978) « Les Arabes, histoire et civilisation des Arabes et du monde musulman, des origines à la chute du royaume de Grenade, racontées par les témoins, IXe siècle av. J.-C. - XVe siècle », Éditions Lidis, p. 362.
- Bernard Claude (1865) « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale », 1865, Édition du groupe « eBooks libres et gratuits ».
- Binart-Écalé Hortense. (2012) « Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral », Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, soutenue le 30 novembre 2012 à Bobigny – université Paris-Nord. Wikipédia.
- Bizard Frédéric (2012) « Analyse historique et économique de la médecine libérale de la révolution à nos jours », 13 avril 2012, site Internet.
- Boileau Étienne (1268) « Les métiers et corporations de la ville de Paris – le livre des métiers ».
- Bouinot Claire (2003) « Les origines du prix de journée dans les hôpitaux de France », 2003, École des Mines.
- Boustani François (2007) « La biographie Al Razi dit Rhazès », Cardiologie francophone, site Internet.
- Brémond Marc (1999) « Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre », 1999, in Pouvoirs, Revue française d'Études constitutionnelles et Politiques, Vol. 89, pp. 119-134.
- Bungener Martine (2002) « Médecins : les raisons d'une colère », Propos recueillis par Jean-Yves Nau, Le Monde, 6 janvier 2002.
- Carlioz Patrick (2013) « Du syndicalisme à la convention. L'histoire d'un long fleuve pas si tranquille », 1re édition, disponible sur le site Internet de l'auteur.
- Chasteland Jean-Claude, Laugier Alain (1957) « Corps médical et expansion de la médecine », Revue Esprit, février 1957.

- Chevandier Christian (1997) « Les métiers de l'hôpital », La Découverte « Repères », 1997, p. 5, cité par Aubret Joël (2004) « L'hôpital aux prises avec l'histoire », l'histoire du social, l'Harmattan.
- Clément Jean-Marie. (2010) « Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République », 2010, les études hospitalières, Bibliothèque du cercle des hospitaliers.
- CNOM (2005) « La féminisation, une chance à saisir », Ordre national des médecins, 1er décembre 2005, site Internet.
- CNOM, collective (2012) « Histoire de l'ordre national des médecins français », 2012, disponible sur le site Internet du Conseil de l'ordre des médecins.
- Colombier Georges (2007) « Rapport d'information : La prise en charge des urgences médicales », Assemblée nationale, p. 31 et suiv.
- Cour des comptes (2013) « Présentation du rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale », 19 septembre 2013, site Internet.
- Crémieux François (2007) « Silence, on bouge ! », Esprit, pp. 6-13.
- Damamme Dominique (1991) « La jeunesse des syndicats de médecins ou l'enchantement du syndicalisme ». In : Genèses, 3, 1991. La construction du syndicalisme, pp. 31-54.
- Debrosse Denis, Perrin Antoine-Guy (2003) « Plan Hôpital 2007. Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale », 2003, La Documentation française.
- Déplade Marc-Olivier (2009) « Instituer la " sélection " dans les facultés de médecine : Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68 », Revue d'histoire de la protection sociale, n° 2, p. 78-100.
- Déplade Marc-Olivier (2009) « Une mobilisation contre-révolutionnaire : la refondation du syndicat autonome des enseignants de médecine en mai 1968 et sa lutte pour la " sélection " », Sociétés contemporaines, n° 73, p. 21-45.
- Dhordain Alexandre (2007) « Le CHU – l'hôpital de tous les défis », 2007, ouvrage collectif sous la direction d'Alexandre Dhordain, Éditions Privat.
- Domy Philippe, Pr Moulin Guy, Fréchou Denis, Martineau Frédéric, Müller Christian (2013) « Bilan et évaluation des pôles dans les établissements de santé : Rapport des conférences hospitalières à madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé ».
- Dr Gouffier (1900) « L'encombrement de la profession médicale : Causes, résultats, remèdes », Le Concours Médical, n° 45, 10 novembre 1900.
- Dulieu L. (1958) « L'Internat des Hôpitaux de Montpellier, son origine, son histoire », Graille et Castelnau
- Dusanter Yves-Michel (1998) « Retour sur le mouvement de grève des jeunes médecins du printemps 1997 », Revue Temps critique, n° 10, printemps 1998
- Évin Claude (2002) « Rapport sur rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'Assurance maladie », 2002, Rapport à l'Assemblée nationale
- Évin Claude (2002), « Rapport sur la proposition de loi de Jean Le Garrec portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie », Assemblée nationale.
- Félibien Michel (1725) « Histoire de la ville de Paris », Tome 1 Guillaume DESPREZ éditeur (Gallica).
- Foucault Michel (1963) « Naissance de la clinique », Paris, 1963, pp. 31-32.

- Gallois Pierre, Taib Alain (1981) « De l'organisation du système de soins. Rapport au ministre de la Santé », La Documentation française.
- Gateland Raymond (2012) « La chirurgie sacrifiée. 1938 – 2008 : 70 ans de souvenirs professionnels et syndicaux », site Internet.
- Gay Raymond (2011) « Les réformes hospitalières au début des années 1980 : une bifurcation du système hospitalier ? », AFS, RT6, Politiques sociales, protection sociale, solidarité, Working papers.
- Gay Raymond (2011) « Les temporalités complexes de la construction d'une innovation : la tarification à l'activité à l'hôpital (années 1960 – années 2000) », IVe Congrès de l'Association française de sociologie, Session du RT 6.
- Gay Renaud (2012) « La réforme de l'hôpital en 1981 Préparation, contestation et imprévisibilité de l'alternance », IEP de Grenoble.
- Gazette médicale de Paris : journal de médecine et des sciences accessoires, 1833, série 2, n° 01. – Paris, 1833.
- Gibert S. et al. (2011) « Analyse comparée des dispositifs publics d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Belgique et en France », Les Tribunes de la santé, n° 31, pp. 85-104.
- Gourdol Jean-Yves (2014) « Portraits de médecins. Médecine et médecins du monde », site Internet.
- Grignon Michel, Paris Valérie et Polton Dominique (2002) « L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins », Étude n° 35, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002.
- Hartmann Laurence (2010), « Les conventions médicales » in : la lettre du collège des économistes de la santé, septembre 2010, n° 3.
- Hassenteufel Patrick (2008) « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », Les Tribunes de la santé, n° 18, pp. 21-28.
- Hassenteufel Patrick (2010) « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes » in Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier (dir.). Singuliers généralistes, Presses de l'EHESP, pp.403-418.
- Hassenteufel Patrick (2010) « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics. », Informations sociales, n° 157, pp. 50-58.
- Hourdry Philippe (2006) « L'omnipraticien : sa place dans la société depuis la Révolution française », 2006, thèse de doctorat en médecine, Archives nationales de France.
- Hubert Jacqueline, Martineau Frédéric (2015) « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport intermédiaire ».
- Imbault-Huart Marie-José (1984) « Histoire de la médecine. Luxe ou nécessité à la fin du XXe siècle ». In: Histoire, économie et société, 3e année, n° 4. Santé, médecine et politiques de santé, pp. 629-640.
- Imbert Jean (1993) « Le Droit hospitalier de l'Ancien Régime », PUF.
- IRDES (2013) « Historique des conventions médicales », 2013, IRDES.
- IRDES (2011) « Historique des réformes hospitalières », IRDES.
- IRDES (2013) « La politique du médicament en France », IRDES.
- IRDES (2013) « Plans de réformes de l'assurance maladie en France », IRDES.
- Jacques Sarano, « Médecine et médecins », Paris, Éditions du Seuil, 1959.

- Kenis Y. (1993) « Acharnement thérapeutique », in « Les mots de la Bioéthique. Un vocabulaire encyclopédique » Hottois Gilles, Parizeau Marie-Hélène, Bruxelles, Université.
- Klein Alexandre (2012) « Du corps médical au corps du sujet », thèse pour l'obtention du doctorat de philosophie et d'histoire des sciences, Université de Lorraine, décembre 2012, Site Internet.
- Laboutière Jean-Jacques (2002) « La Convention Médicale : historique, état des lieux par rapport à la psychiatrie libérale », site Internet.
- Lapeyre Nathalie, Le Feuvre Nicky (2005) « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », Revue française des affaires sociales, n° 1, pp. 59-81.
- Lapeyre Nathalie, Le Feuvre Nicky (2009) « 36. Avocats et médecins : féminisation et différenciation sexuée des carrières », Sociologie des groupes professionnels, Paris, La Découverte, « Recherches ».
- Laude Anne (2013) « La judiciarisation de la santé », Revue Questions de santé publique, n° 20, mars 2013.
- Laude Anne, Pariente Jessica, Tabuteau Didier (2012) « La judiciarisation de la santé », Édition de Santé, décembre 2011.
- Launois Robert J. (1988) « La santé en France, un système en mal de liberté », Colloque franco-allemand d'économie de la santé. Trèves ; 25-26 septembre 1986. In la régulation des Systèmes de Santé en France et en RFA. Maison des Sciences de l'Homme (éd.). Paris, pp. 69-85.
- Launois Robert J., Giraud Pierre (1986) « Un Système Sanitaire et Social ou l'Absence d'Économicité fait la Part belle aux Relations de Pouvoir », Les Réseaux de Soins, médecine de demain. *Économica*, Chap. I, pp.7-35.
- Lecourt Dominique et al. (2004) « Dictionnaire de la pensée médicale », PUF, collection *Quadrige*, adapté de l'avant-propos p. IX.
- Lehalle Dominique (2002) « Réduction du temps de travail : quelles marges de manœuvre ? » *Hospimédia*, dossiers, 17 juin 2002.
- Léonard Jacques (1977) « Femmes, religion et médecine. [Les religieuses qui soignent, en France au XIXe siècle] ». In : *Annales. Économies, Sociétés, Civilisation*, 32e année, n° 5, 1977, pp. 887-907.
- Léonard Jacques (2010), « Les débuts du " Concours médical " », 2010, Université de Reims (BU Santé de l'Université Paris V Descartes).
- Louvel Karine, Fillaut Thierry (2008) « Prémices de la permanence des soins en France (1870-1950) », la revue du praticien, vol 58, 15 juin 2008.
- Mequignon-Marvis (1816, 2002) « Les Aphorismes d'Hippocrate par Hippocrate », septembre 2002, Histoire de l'Anesthésie et de la réanimation, septembre 2002, Site Internet.
- Migaud Didier et al. (2013) « La Sécurité sociale (Rapport 2013 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale) », Cour des comptes, 10 septembre 2013.
- Ministère de la Santé (2013) « Stratégie nationale de santé. Feuille de route », ministère de la Santé.
- Molinié Éric (2005) « L'hôpital public en France : Bilan et perspectives », Conseil Économique et Social, 2005.
- Monnier Alexandre (1856) « L'assistance dans les temps anciens et modernes », 1856, Guillaumin et Cie, Paris (source : BNF).

- Moussel Catherine (2009) « Le médecin généraliste en 2007 », Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine, Faculté de médecine de Nancy.
- Moussier Jean-Loup (2014) « Historique des régimes spéciaux de la sécurité sociale », site Internet de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF.
- Moutel Guy (2002), « La naissance de la profession médicale dans l'histoire occidentale », Faculté de médecine de l'hôpital Necker – Université Paris V.
- Nye Robert. A (2006) « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 », *Le Mouvement Social*, n° 214, p. 19-36.
- Olivera P. (1993) « Loi sur les assurances sociales du 5 avril 1928 », Site Internet de l'Histoire de la recherche médicale en santé publique dans la France du XXe siècle – Histrecmed.
- Olmer Fabienne (2009) « La médecine dans l'Antiquité : professionnels et pratiques », *Sociétés & Représentations*, n° 28, pp. 153-172.
- Paris Valérie, Devaux Marion (2013) « Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE », *Les Tribunes de la santé*, n° 40, pp. 45-52.
- Péquignot Bruno (1984) « De la concurrence en milieu médical », *Commentaire in Sciences sociales et santé*. Vol. 2, n° 1, pp. 111-117.
- Pierron Jean-Philippe (2007) « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. », *Sciences sociales et santé*, Vol. 25, p. 43-66.
- Pincemin Jacqueline, Laugier Alain (1959) « Les médecins. » In : *Revue française de science politique*, 9e année, n° 4, pp. 881-900.
- Pinell Patrice (2009) « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, Vol. 50, p. 315-349.
- Portal Antoine (1773), « Histoire de la chirurgie et de l'anatomie », Didot le jeune.
- Régis Isabelle, Guerlais Maryse, Cochais Jean-Yves, Biou Jean (1981) « Lire l'Encyclopédie. » In : *Littérature*, n° 42, l'institution littéraire I. pp. 20-39.
- Rochard Jules (1891) « Encyclopédie d'hygiène et de médecine publiques » Lecrosnier et Babé (Paris). Tome troisième, Hygiène urbaine, page 141 et suiv. « §4 – Accidents de rue, organisation du secours ».
- Samson Anne-Laure (2009) « Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? », *Regards croisés sur l'économie*, n° 5, pp. 144-158.
- Segouin Christophe (2000) « La formation continue des médecins dans les hôpitaux publics », in *ADSP* n° 32, pp. 26-27, septembre 2000.
- Sionneau Philippe (2011) « Histoire succincte de la médecine chinoise », site Internet (non daté).
- SNAP-HP (2013) « Historique du syndicat SNAM-HP », SNAP-HP, Site Internet.
- Steg Adolphe (1993) « La médicalisation des urgences », 1993, rapport de la commission nationale de restructuration des urgences.
- Tabuteau Didier (2010) « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 26, pp. 103-121.
- TNS SOFRES (2013) « Les Français et l'hôpital public ». Remarque : il s'agit d'une enquête réalisée pour la Fédération Hospitalière de France, représentant les hôpitaux publics. Selon d'autres, les Français plébiscitent aussi le privé : IFOP (2012) « Les Français, et les cliniques et hôpitaux privés », 22/10/2012.

- Turquan Victor (1894) « Petit manuel de l'assistance publique, des hospices, hôpitaux, bureaux de bienfaisance et des bureaux d'assistance médicale (exécution de la loi du 15 juillet 1893) : textes législatifs et réglementaires, instructions détaillées, commentaires et rapports officiels, statistiques générales, formules et modèles à adopter », P. Dupont (Paris), p. 5.
- Vergez Bénédicte (1999) « Le monde des médecins au XXe siècle », 1999, Éditions Complexe, collection « Le monde de », chapitre « Les médecins se comptent ».
- Vichard Philippe (2007) « La loi hospitalière du 21 décembre 1941, origine et conséquences », Histoire des sciences médicales Tome XLI – N. 1, Clément Jean-Marie. Op. cit.
- Wallach Daniel (2011) « Numerus clausus : Pourquoi la France va manquer de médecins », Springer-Verlag.
- WikiStrike (2011) « Traduction en français du Code d'Hammurabi », 11 février 2011, Site Internet.
- Zeggar Hayet, Vallet Guy, Tercerie Oriane (2010) « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », IGAS, La Documentation française.

ENQUÊTE COMMUNICATION EN SANTÉ

INTRODUCTION ET PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Version 1.0

« ... Ce qui caractérise la communication... c'est d'être unilatérale. L'histoire est ce segment d'intersubjectivité où la réciprocité est impossible... » Paul Ricœur, Histoire et vérité, 1964.

Vous pouvez me renvoyer le questionnaire complété à l'adresse suivante :
Université de Nantes – LEMNA
À l'attention d'Anne-Claire COVAIN
Pour Michel VÉRET
Chemin de la Censive du Tertre – BP 52 231
44 322 NANTES cedex 3
FRANCE

Vous pouvez télécharger ce questionnaire à l'adresse suivante :
<http://michelveret.org> Rubrique « Communication et santé » dans le menu.

D Questionnaire - Introduction

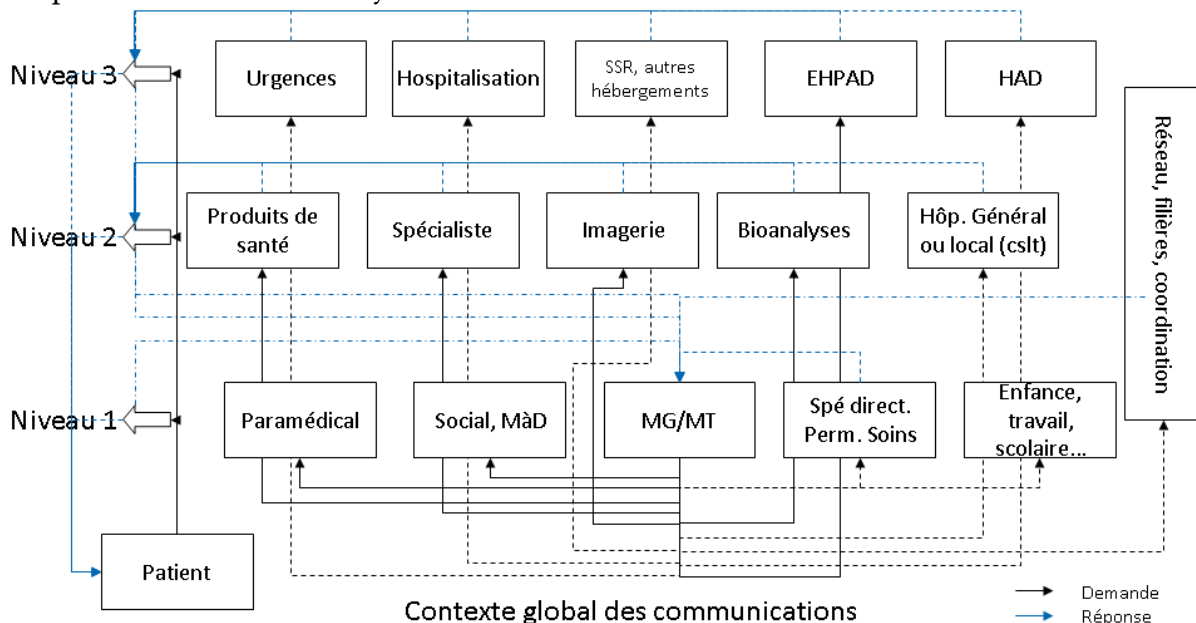
D.I Les communications

L'approche de la communication entre organisations se fait souvent par le prisme d'une discipline, en lien avec un contexte professionnel ou un métier donné. Dans la santé, la spécialisation des acteurs, de leurs outils, leur fragmentation, la multiplicité de leurs domaines d'intervention, mais aussi le contexte réglementaire, tous ces éléments compliquent la continuité de la communication, dont celle liée à un patient, ses soins, sa santé, à son parcours.

Aux parcours sont associées d'autres notions, coordination, échange ou partage d'information. S'ils suscitent des échanges interdisciplinaires et interprofessionnels, peu d'études se sont intéressées à cette communication et aux façons dont elle procède.

C'est le point de départ de ce questionnaire qui constitue les données « terrain » de notre thèse. Nous souhaitons aborder la communication interprofessionnelle au plus près de ses acteurs, mais aussi vos attentes et vos perceptions, du point de vue quantitatif et qualitatif.

Pour représenter au mieux les interactions entre les différents acteurs de la santé, nous avons décliné un modèle en 3 niveaux, sans aucune notion de hiérarchie, afin de schématiser au mieux la communication et les flux d'information entre ces différents acteurs, communication le plus souvent « centrée » sur le médecin traitant qui est généralement un médecin généraliste. Ce schéma reproduit donc un point de vue de l'ensemble des échanges possibles concernant un patient dans le système de santé plutôt selon une logique de complexité des cas et des moyens mis en œuvre.



Un même professionnel est à la fois émetteur et récepteur d'information⁷⁶⁴, le patient pouvant ou non assurer la transmission d'une correspondance le concernant ou concernant un tiers dont il a responsabilité (mineurs, aidants...).

La communication peut se définir de différentes manières. Nous distinguons les 3 cas suivants :

- Communiquer est en premier lieu le fait de transmettre (des informations ou des connaissances par exemple), de faire savoir quelque chose à quelqu'un. La communication peut se faire sans attente d'une réciprocité, c'est l'envoi simple d'un message à un destinataire. Nous appelons ce cas une **transmission**.

⁷⁶⁴ Les échanges à caractère administratif p. ex. ceux concernant les tutelles ou autres ne sont pas abordés dans cette étude.

- Un **échange** sous-entend une réciprocité dans la communication. Il y a donc un retour du récepteur du message vers l'émetteur, en réponse à sa sollicitation. Cet échange peut être synchrone, comme dans le cas d'une conversation, ou asynchrone (échange de courrier, quelle qu'en soit la forme par exemple).
- Le **partage** est une forme d'échange « permanent », chacun contribuant à l'enrichissement de la connaissance d'une communauté sur quelque chose ou quelqu'un.

Dans notre enquête, validée par des professionnels de santé⁷⁶⁵, nous nous positionnons toujours, sauf précision contraire, en tant qu'**émetteur** d'une **correspondance** à **destination de quelqu'un**, à propos d'une personne que vous prenez en charge, directement ou indirectement, de façon temporaire ou continue.

Ce **destinataire se situe toujours en dehors de votre lieu d'exercice habituel**. Nous adressons donc la communication inter-organisationnelle. Nous considérons votre propre fonctionnement comme une « boîte noire ». Nous ne pouvons prendre en compte dans cette étude les échanges internes à votre structure, cabinet de groupe, établissement, réseau... qui pourront faire l'objet d'une autre étude.

Par « courrier », nous entendons toute forme de correspondance, manuscrite ou rédigée à l'aide d'un système technique (imprimée, transmise électroniquement, etc.).

Le mode de transmission peut varier en fonction des correspondances et des destinataires. À l'exception du téléphone ou de contextes spécifiques tels que la télé médecine ou la téléassistance que nous n'aborderons pas ici, cette transmission est asynchrone, c'est-à-dire sans mode conversationnel ou sans interaction directe de personne à personne. Il y a donc un délai entre la demande et la réponse.

Le destinataire de la correspondance peut être clairement identifié, dans le cas des correspondances nominatives, ou non, dans le cas des correspondances à destination d'un service, d'un établissement ou d'un prestataire par exemple. C'est souvent le cas des courriers ou des demandes concernant les médicaments, les demandes d'avis ou d'examen complémentaires, etc., mais aussi les urgences ou un service clinique. Il est aussi nécessaire de tenir compte de la notion de libre-choix, telle que mentionnée dans le code de déontologie du Conseil national de l'ordre des médecins et sa déclinaison dans le Code de la santé publique (CSP).

Enfin, rappelons que, selon le code de déontologie, une correspondance, quelle que soit sa nature, doit être circonscrite et ne doit pas porter préjudice au patient sous quelle forme que ce soit (Code de déontologie - CNOM. Titre II, Devoirs envers le patient).

D.II Le questionnaire

Notre objectif est d'aller au-delà de la simple enquête d'opinion, ce qui sous-entend une approche différente. Si la communication ou l'apport des TIC font l'objet de très nombreuses publications, elles adressent ces thématiques selon un axe particulier. Nous souhaitons aborder la communication de façon transversale, tout au long du parcours du patient, quel que soit son âge, sa pathologie... entre les organisations avec lesquelles il est en contact ou avec lesquelles vous êtes en relation...

Pour élaborer ce questionnaire, nous avons échangé régulièrement avec différents professionnels de santé. Ils ont accepté de « jouer le jeu » en nous faisant part de leurs commentaires et de leurs propositions sur les différentes versions que nous leur avons soumises. Avec leur aide, nous l'avons remanié pour en faciliter l'administration et les réponses. Ce questionnaire est donc le résultat de la confrontation avec ces différents experts. Nous les remercions chaleureusement.

Le questionnaire d'enquête se présente en 3 parties comprenant un ensemble de questions, partant de définitions à la portée générale pour se terminer avec une approche plus détaillée

⁷⁶⁵ Ce questionnaire a été revu et amendé par différents médecins.

de vos habitudes et de vos pratiques, en ce qui concerne votre communication et vos échanges.

Ces parties sont théoriquement indépendantes. Dans la pratique, nous aimerions avoir votre opinion sur la dernière partie du questionnaire deux semaines après notre rencontre ou notre échange. Elle nous permettra de compléter les différents points de vue selon une double approche, quantitative et qualitative. Cela nous permettra aussi de proposer des pistes et des orientations pour aborder ce sujet d'importance différemment, avec une **orientation « utilisateur et ses usages » clairement affirmée.**

D.III Son articulation

Ce chapitre introductif présente les grandes lignes de notre enquête. Il fournit des informations complémentaires en lien avec les différentes questions des 3 parties.

La première partie se propose de préciser avec vous certaines notions d'usage courant, notions que chacun utilise et définit souvent par rapport à son contexte. Elle nous permet d'appréhender de façon globale la communication entre les acteurs du soin et de la santé entourant le patient de façon ponctuelle ou permanente, indépendamment de son âge, de sa ou de ses pathologies...

La seconde partie aborde le contexte de votre exercice afin de mieux le comprendre et mieux l'appréhender.

La troisième partie, que vous pouvez compléter après notre entrevue, nous permettra d'approfondir la notion de communication, de façon à ce que nous identifions ensemble comment la contextualiser. Il est important d'approfondir les notions de transmission, d'échange et de partage, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication en précisant, au travers d'exemples, les attentes de chacun et les moyens permettant de communiquer dans les meilleures conditions possible. Nous vous remercions de nous la retourner dans les 15 jours suivant notre entrevue ou notre échange.

D.IV Sa présentation

Bien que ce questionnaire semble relativement dense, vous n'aurez besoin, dans la majorité des cas, que de cocher une ou des cases ou de renseigner, par un mot ou un texte court, un champ particulier.

Remarque à propos de la conjonction « ou » lorsqu'elle est employée. Sauf mention contraire explicite, le « ou » n'est pas exclusif. Par exemple, « date de naissance ou âge » signifie l'un ou l'autre ou les 2.

Ce questionnaire existe sous trois formats :

- Une version papier (fichier PDF « statique », cette version) ;
- Un formulaire PDF permettant la saisie directe de vos réponses ;
- Une version électronique (enquête en ligne sur invitation).

Ces documents sont disponibles en téléchargement à l'adresse indiquée sur la page de garde. L'accès au questionnaire en ligne se fait sur invitation. Vous pouvez diffuser l'adresse de téléchargement à toutes les personnes que vous pensez être intéressées par ce sujet si vous le souhaitez ou leur demander de me contacter par courriel à l'adresse de messagerie indiquée sur la page de garde.

Remarque : la pagination diffère entre la version « PDF simple » et la version « PDF interactif » en raison des propriétés des champs de saisie du formulaire PDF. Leur contenu est identique.

La version électronique (questionnaire en ligne) comprend l'ensemble de l'enquête. Celle-ci peut être sauvegardée puis rappelée pour être complétée.

Ces documents sont disponibles sur le site Internet à l'URL suivante :

<http://michelveret.org> Rubrique « Communication et santé » dans le menu d'accueil.

E Précisions et compléments par rapport au questionnaire

E.I Code questionnaire et votre rôle principal

Au regard de votre activité, il s'agit de préciser votre rôle principal vis-à-vis des patients que vous prenez en charge. Le tableau ci-après précise les différents rôles que nous avons retenus.

Pour les personnes exerçant dans un établissement de santé ou une autre structure, vous pouvez préciser votre spécialité médicale, chirurgicale, paramédicale... dans les champs concernés. D'une façon plus générale, si plusieurs cas correspondent à votre contexte, nous vous remercions d'indiquer la réponse correspondant à votre activité principale.

| <i>Code</i> | Les professions |
|--------------|--|
| <i>MT</i> | Médecin traitant |
| <i>MG</i> | Généraliste (autre que traitant ou exercice particulier) |
| <i>MGPS</i> | Médecin de Garde ou Permanence des soins |
| <i>REMP</i> | Remplaçant |
| <i>SMRC</i> | Spécialiste en recours direct (CNAM) |
| <i>SM</i> | Spécialité Médicale |
| <i>SMALL</i> | Allergologie |
| <i>ÉMANE</i> | Anesthésie |
| <i>SMANG</i> | Angiologie |
| <i>SMCAR</i> | Cardiologie |
| <i>SMDER</i> | Dermatologie |
| <i>SMEND</i> | Endocrinologie, maladies auto-immunes |
| <i>SMGAS</i> | Gastro-entérologie |
| <i>SMGER</i> | Gériatrie - Gérontologie |
| <i>SMMED</i> | Médecine interne |
| <i>SMNEP</i> | Néphrologie |
| <i>SMNEU</i> | Neurologie |
| <i>SMONC</i> | Oncologie |
| <i>SMPED</i> | Pédiatrie |
| <i>SMPNE</i> | Pneumologie |
| <i>SMPSY</i> | Psychiatrie |
| <i>SMRHU</i> | Rhumatologie |
| <i>SMAUT</i> | Autre. Préciser. |
| <i>SC</i> | Spécialité chirurgicale |
| <i>SCVAS</i> | Chirurgie vasculaire |
| <i>SCVIS</i> | Chirurgie viscérale |
| <i>SCGYN</i> | Gynécologie |
| <i>SCNEU</i> | Neurochirurgie |
| <i>SCOPH</i> | Ophthalmologie |
| <i>SCORL</i> | ORL |
| <i>SCORT</i> | Orthopédie |
| <i>SCTRA</i> | Traumatologie |
| <i>SCURO</i> | Urologie |
| <i>SCAUT</i> | Autres. Préciser. |
| <i>PESAS</i> | Établissement de santé et autres structures |
| <i>IMAGE</i> | Centre d'imagerie |
| <i>PHARM</i> | Pharmacie (officine ou en établissement) |
| <i>BIOAN</i> | Laboratoire de bioanalyses |
| <i>ANAPA</i> | Laboratoire d'Anatomo-pathologie |

| Code | Les professions |
|-------|--|
| PURGE | Urgences |
| PHOSP | Professionnel hospitalier. Précisez votre rôle ci-dessus. |
| PINTE | Interne (urgence, médecine, chirurgie) |
| PESMS | Moyen séjour (Exercice dans un SSR...). <i>Précisez votre rôle.</i> |
| PESLS | Long séjour (Exercice dans un EHPAD... [médecin coordinateur...]). <i>Précisez votre rôle.</i> |
| PESP | Établissement spécialisé (Exercice dans un contexte de CMP...). <i>Précisez votre rôle.</i> |
| PASMC | Médecin-conseil |
| PASMW | Médecin du travail |
| PASMS | Médecin scolaire |
| PASPE | Professionnel de santé en PMI, petite enfance |
| PARAM | Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, psychologue...) <u>Prises en charge courtes ou ponctuelles.</u> <i>Précisez votre rôle.</i> |
| SOCDE | Social (gestion des demandes d'aide et équivalent [MDPH, APA, CLIC, MAIA], etc.). <i>Précisez votre rôle.</i> |
| SOCMA | Social (MâD - <u>Prises en charge longues, à domicile,</u> paramédicaux, aide-soignante, aide-ménagère, repas...). <i>Précisez votre rôle.</i> |
| RESEA | Réseau. Précisez votre rôle. |
| FILIE | Filière. Précisez votre rôle. |
| HAD | HAD. Précisez votre rôle. |
| COORD | Coordination spécifique (hors cas ci-dessus, p. ex. RCP...). <i>Précisez votre rôle.</i> |
| AUTRE | Autre : précisez votre spécialité ou votre profession et votre contexte d'intervention ci-dessous |

E.II À propos des « Jeux de mots »

L'objectif est de recueillir **vosre définition spontanée** de différents termes ou concepts usuels.

E.III À propos de coopération et de coordination.

Dans notre contexte, la coopération correspond au mode le plus fréquent de l'exercice professionnel. Celle-ci se déroule généralement dans un contexte multidisciplinaire que nous définissons comme étant une juxtaposition des savoirs, ces savoirs s'utilisant en parallèle. Il n'y a pas « d'échange », dans le sens où ces échanges sont dépendants de la volonté de chaque acteur. Ils sont contextualisés, liés aux pratiques de chacun dans un contexte de forte hétérogénéité.

La coordination correspond à un contexte *a minima* pluridisciplinaire (combinaison des savoirs, complémentarité dans leur utilisation, échanges avec peu d'interactions). L'idéal étant le contexte interdisciplinaire. Il suppose une mise en commun des savoirs (dont le partage sans contraintes des informations professionnelles [connaissances] ou celles liées à un patient, dans le respect de la réglementation), leur utilisation étant synergique. L'interaction permet un enrichissement mutuel. Enfin, c'est un processus dynamique.

ENQUÊTE COMMUNICATION EN SANTÉ

PREMIÈRE PARTIE

Version 1.0

Votre code questionnaire : _____

Vous pouvez nous renvoyer le questionnaire complété à l'adresse suivante :

Université de Nantes - LEMNA

À l'attention d'Anne-Claire COVAIN

Pour Michel VÉRET

Chemin de la Censive du Tertre - BP 52 231

44 322 NANTES cedex 3

FRANCE

Vous pouvez télécharger ce questionnaire à l'adresse suivante :

<http://michelveret.org> Rubrique « Communication et santé » dans le menu.

F Le questionnaire et vos réponses

^{G0101} ce questionnaire est **strictement anonyme**. Il est réservé à l'usage exclusif de notre étude ou des publications académiques associées à notre thèse. Néanmoins, pour en améliorer l'analyse, nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer vos initiales dans la zone « Votre code questionnaire » de la façon suivante : Première lettre de votre prénom, première et dernière lettre de votre nom suivi de votre code postal.

Exemples :

- **Michel Véret** : MVT44 000
- **Paul Blanc-Lapierre**, PBE75 010
- **Anne-Marie Signolet-Durand** : ASD17 150

Votre code questionnaire : _____

F.I Votre rôle

^{G0102} quel est votre rôle principal vis-à-vis du patient ?

Votre rôle : _____

Si besoin, vous pouvez vous reporter au tableau proposé dans l'introduction pages 5 et 6.

Vous pouvez préciser votre rôle/fonction dans le champ « Autre » (questionnaire en ligne) ou ci-après en rappelant le contexte de votre exercice. Par exemple :

- HAD : Médecin coordinateur.
- Réseau : Diabète, médecin coordinateur.
- Social Domicile : Infirmière MAD...

Informations complémentaires (Rôle) :

F.II Pour obtenir les résultats

Vous souhaitez être informé des résultats, vous pouvez nous donner une adresse de messagerie...

Courriel : _____

Ou bien d'envoyer un courriel à l'adresse suivante :

G Mots et concepts

Chaque contexte socioprofessionnel a ses définitions pour évoquer les concepts, éléments, objets... qu'il utilise au quotidien, en fonction de ses habitudes, de sa formation, de son environnement, de sa perception des choses, etc.

Nous vous proposons de préciser différentes notions. Certaines sont d'actualité et font débat. D'autres sont d'usage courant, utilisées « instinctivement », en fonction des situations. Il s'agit essentiellement de recueillir les mots, les phrases voire les images qui vous viennent spontanément à l'esprit quand un mot usuel est utilisé.

G.I Jeux de mots

Spontanément, si vous deviez illustrer en 3 mots (ou phrases courtes) ce qu'évoquent les termes ou les « concepts » suivants, ce serait, pour :

G0505RPA Le Patient ?

- _____
- _____
- _____

G0212PAR Son Parcours ?

- _____
- _____
- _____

G0505RDO sont Dossier (lié au patient) ?

- _____
- _____
- _____

G0505RCP La Coopération (entre professionnels - multidisciplinarité⁷⁶⁶) ?

- _____
- _____
- _____

G0505RCD La Coordination (entre professionnels - interdisciplinarité) ?

- _____
- _____
- _____

G0505RIN L'Innovation (organisationnelle, liée aux TIC...) ?

- _____
- _____
- _____

G0505RAC L'Acceptabilité (des évolutions organisationnelles, des TIC, des innovations) ?

- _____
- _____
- _____

G0505REC L'échange (d'informations) ?

- _____
- _____

⁷⁶⁶ Voir les définitions dans l'introduction

- _____

G0505RPI le partage (d'information) ?

- _____
- _____
- _____

G.II Les Avantages des médias utilisés...

La communication emprunte différents chemins que nous appelons « média » ci-après. Chacun présente des avantages et des inconvénients.

Si vous deviez citer 3 avantages pour chacun des médias suivants, ce serait :

G0207AC pour le courrier :

- _____
- _____
- _____

G0207AM pour la messagerie électronique :

- _____
- _____
- _____

G0207AF pour le Fax :

- _____
- _____
- _____

G.III ... et leurs inconvénients

Si vous deviez citer 3 contraintes ou inconvénients pour chacun des médias suivants, ce serait :

G0208IC pour le courrier :

- _____
- _____
- _____

G0208IM pour la messagerie électronique

- _____
- _____
- _____

G0208IF pour le Fax

- _____
- _____
- _____

H Le patient, ses demandes et exigences

L'implication du patient, la place des usagers du système de santé, mais aussi l'utilisation de plus en plus importante des réseaux sociaux ou des forums, transforment peu à peu le point de vue du patient ou de son entourage vis-à-vis de la santé en général, mais aussi ses attentes et les pratiques.

G0213P01 si vous deviez illustrer en 3 mots les exigences du patient vis-à-vis votre pratique, ce serait :

- _____
- _____
- _____

G0506AVPR comment voyez-vous l'évolution du rôle du patient, y compris dans la coordination de son ou ses parcours ?

Le partage des informations en santé, que ce soit au sein d'un parcours ou au sein d'une institution soulève de nombreux débats et interrogations. Ce partage est cependant l'une des conditions de la réussite une coordination efficace.

G0213P05 si vous deviez illustrer, en 3 mots, les exigences du patient vis-à-vis du partage de ses informations de santé, ce serait :

- _____
- _____
- _____

G0213P06 si vous deviez illustrer, en 3 mots, le refus possible du patient de partager ses informations de santé, ce serait :

- _____
- _____
- _____

G0506SYEC le marché des objets connectés tend à croître considérablement. Dans d'autres contextes, la *Silver Economy* semble promise à un bel avenir.

Que pensez-vous de l'utilisation par vos patients d'outils d'auto-mesure « grand public » (tension, masse grasse - masse maigre, exercice physique, etc.) :

G0506PAMO vos patients vous proposent-ils spontanément les données qu'ils recueillent par eux-mêmes ? Dans ce cas, en quoi cela vous est-il utile... ou pas ?

G0506MONI certains outils de « monitoring distant » (glycémie, pilulier électronique, balance, tensiomètre...) peuvent vous envoyer un message ou des données en cas de défaut (ou non) de la part du patient (oubli des médicaments, absence de surveillance...), des alertes en cas de valeurs anormales (auto-analyse, chutes...). Quelle est votre opinion à ce sujet ?

I Votre réseau informel

Les relations professionnelles reposent sur un faisceau de relations interpersonnelles, relations qui se sont construites au fil du temps, au sein de ce que nous appelons votre **réseau** « **informel** », par opposition aux « réseaux constitués », soumis à autorisation.

I.I En ce qui concerne votre réseau informel :

Pouvez-vous nous résumer, en quelques mots, comment s'est construit votre propre réseau :

Quelle en est la stabilité ?

G0401RX si vous deviez nommer les 3 caractéristiques principales de votre réseau, vous diriez :

- _____
- _____
- _____

G0401RXFO si vous deviez illustrer, en 3 mots, les principales forces de votre réseau, ce serait :

- _____
- _____
- _____

G0401RXFA et ses faiblesses :

- _____
- _____
- _____

G0401PR en 3 mots, quel regard portez-vous sur les autres professionnels, exerçant le même métier que vous, dans votre bassin de santé ?

- _____
- _____
- _____

I.II Les nouveaux venus

G0402NV les nouveaux venus se présentent-ils lors de leur arrivée ? Oui – non – parfois

G0402ACC Comment sont-ils accueillis sur votre « territoire d'intervention », s'ils sont eux-mêmes :

ACMPR * de votre profession :

ACAPR * d'une profession complémentaire à la vôtre :

J Les technologies de l'information (TIC)

L'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC), leur acceptation, les avantages et leurs inconvénients... continuent de faire l'objet de nombreuses publications. En évolution permanente, elles suscitent des réactions différentes, en fonction de leur usage, à titre personnel ou professionnel. Nous nous intéressons ici aux TIC dans votre contexte professionnel.

J.I Les avantages et les freins de l'utilisation des TIC

Plusieurs facteurs influent directement ou indirectement sur l'utilisation des TIC.

G0504P01 quelles sont ou seraient les 3 qualités que devrait avoir (ou que possède) votre système informatique idéal ?

- _____
- _____
- _____

G0504P02 quels ont été, quels sont ou seraient, les 3 principaux facteurs qui ont contribué au succès de la mise en œuvre d'une solution informatique complète dans votre environnement ?

- _____
- _____
- _____

G0504P03 quels ont été, quels sont ou seraient, les 3 principaux freins à la mise en œuvre d'une solution informatique complète dans votre environnement ?

- _____
- _____
- _____

J.II Les avantages et les freins au partage d'information

Nous supposons ici que les conditions nécessaires au partage des données de santé sont toutes réunies. C'est ce que nous appelons ici « *le partage universel* ». Nous sommes dans un « monde idéal », qui s'affranchit, entre autres, des contraintes organisationnelles (interdisciplinarité) ou techniques, les solutions informatiques ou techniques existantes et étant communément utilisées...

G0504P05 quels sont ou seraient les 3 principaux avantages d'un « partage universel », **pour le patient**, de ses données de santé ?

- _____
- _____
- _____

G0504P07 quels ont été, quels sont ou seraient, les 3 principaux freins au « partage universel », **vu du patient**, de ces données ?

- _____
- _____
- _____

G0504P04 **en tant que professionnel de santé**, quels ont été, quels sont ou seraient, les 3 principaux **avantages** au « partage universel » des données de vos patients ?

- _____
- _____

- _____

G0504P06 **en tant que professionnel de santé**, quels ont été, quels sont ou seraient, les 3 principaux **freins** au « partage universel » des données de vos patients ?

- _____
- _____
- _____

K Vos habitudes et vos attentes

L'exercice professionnel sous-entend des échanges plus ou moins fréquents avec d'autres personnes. Nous nous intéressons ici aux correspondances que vous envoyez et que vous recevez, d'un point de vue qualitatif.

K.I Vos envois

G03021AT une demande suscite différentes attentes. En 3 mots, quelles sont vos attentes par rapport à vos demandes :

- _____
- _____
- _____

G03021CO selon votre appréciation et d'une façon générale, les correspondances que vous **envoyez**, en relation avec une prise en charge pour un problème spécifique du patient, sont :

| Code | Selon vous vos correspondances sont : | Réponse/Commentaire |
|--------|--|---------------------|
| BREVE | Brèves | |
| CONCIS | Concises (motif, symptômes, conclusions...) | |
| DETAIL | Détaillées (concise + reprise des antécédents du patient, histoire de la maladie, traitements, éléments spécifiques) | |
| PSYAL | Le contexte psychosocial du patient est-il un élément important à signaler | |
| PSYIN | Le signalez-vous | |

G03021LU À votre avis, est-ce que les correspondances que vous envoyez sont :

| Code | Le devenir de vos demandes. À votre avis, elles sont : | Réponse/Commentaire |
|-------|--|---------------------|
| DLU | Lues | |
| DPC | Prises en compte | |
| DCRPO | Critiquées avec un retour positif | |
| DCRNG | Critiquées avec un retour négatif | |
| DCRNO | Critiquées sans retour (échange informel) | |

G03021REM tenez-vous compte de ces retours ? Influent-ils votre pratique ?

K.II Le moment de la rédaction de vos courriers

Vous rédigez vos courriers :

| Code | Moment de rédaction des courriers | Votre réponse = X |
|-------|--|-------------------|
| RPPC | En présence du patient, pendant la consultation | |
| RPFC | En présence du patient, à la fin de la consultation | |
| RHPT | En dehors de la présence du patient, à sa demande (téléphone par exemple) | |
| RHAM | En dehors de la présence du patient, à un autre moment de la journée | |
| RPPAS | Dans ces deux derniers cas, le patient doit-il passer prendre son courrier ? | |

G0204 dans quels cas appelez-vous votre correspondant avant de lui envoyer votre patient ?
Je l'appelle dans les situations ou les cas suivants :

Cet appel est systématique pour :

K.III Les correspondances que vous recevez

G03021CR selon votre appréciation et d'une façon générale, les correspondances que vous recevez, en relation avec une prise en charge pour un problème spécifique du patient, sont :

| Code | Les correspondances que vous recevez sont : | Réponse/Commentaire |
|--------|---|---------------------|
| BREVE | (trop) Brèves | |
| CONCIS | Concises (motif, symptômes, conclusions...) | |
| DETAIL | Détaillées (concise + reprise des antécédents du patient, histoire de la maladie, traitements, éléments spécifiques) | |
| LISIB | Lisibles (dans le cas où au moins 3 mots ne seraient pas lisibles, y compris avec l'aide d'un tiers, le document n'est pas considéré comme lisible) | |
| RAPPE | Nécessitent de rappeler son émetteur | |
| PSYIN | Le contexte psychosocial du patient est-il signalé | |
| PSYIM | Cet élément est-il important pour votre pratique | |

G03021LI vous lisez ces courriers :

| Code | À propos des courriers reçus, vous les lisez : | Réponse/Commentaire |
|-------|--|---------------------|
| OSYST | Oui, systématiquement | |
| OPLUP | Oui, pour la plupart (Contexte :) | |
| OQOS | Quelques-uns, seulement (Contexte :) | |
| JAMAI | Jamais. Pourquoi ? | |
| LIAPR | Après avoir vu vous-même le patient ? | |
| LIAUT | Autre | |

G03021PC les correspondances que vous **recevez**, en lien avec votre activité, sont : (volume en %, en dehors des résultats courants de bioanalyse).

| Code | Quel est le volume, en %, des courriers reçus correspondants à : | Réponse/Commentaire |
|--------|--|---------------------|
| PRSPÉ | Une réponse spécifique à une demande de votre part : % | |
| PINFO | Une transmission d'informations liées à un épisode intercurrent ou non (urgences, hospitalisation, spécialiste, etc.) concernant votre patient : % | |
| PDDEO | Une demande de prise en charge d'un patient émanant d'un professionnel : | |
| POPPER | Que vous connaissez personnellement : % | |
| PDENT | Dont vous avez entendu parler : % | |
| PDINC | Que vous ne connaissez pas : % | |

G0302P01 si vous deviez illustrer en 3 mots les correspondances que vous recevez, vous diriez qu'elles sont :

- _____
- _____
- _____

G0302P02 et, à propos de celles venant d'un correspondant que vous ne connaissez pas, vous diriez qu'elles sont :

- _____
- _____
- _____

K.IV Les délais de réponse de vos correspondants

G03DEL01 les délais de réponse varient en fonction de votre correspondant et du moyen de communication utilisé.

| Code | Les délais de réponse | Réponse/Commentaire |
|-------|---|---------------------|
| DLIMP | Pour moi, le délai de réponse est un critère important pour le suivi de mon patient | |
| DLCHX | Le délai de réponse est un critère important pour le choix de mon correspondant | |

G03DEL02 généralement, en %, les réponses obtenues sont-elles disponibles :

| Code | À propos des courriers reçus, vous les lisez : | Réponse/Commentaire |
|-------|--|---------------------|
| PCAVP | Avant la (prochaine) venue du patient, en % | |
| PCVPA | Au moment de la venue du patient, en % | |
| PCPPA | Après la venue du patient, en % | |
| PAOUB | Le patient les a oubliées, en % | |

K.V Le patient

L'implication du patient dans ses soins et sa santé fait l'objet de nombreux débats et publications.

G03INFP01 : Est-il important pour vous que votre correspondance soit transmise par le patient :

Oui – non – parfois

G03INFP01a pouvez-vous préciser ?

G03INFP02 : Est-il important ou souhaitable qu'il en prenne connaissance :

Oui – non – parfois

G03INFP03 : Si vous ne souhaitez pas (non ou parfois) qu'il en prenne connaissance, quelle(s) précaution(s) prenez-vous ?

K.VI Les formes de la communication

Nous nous intéressons ici à la rédaction des correspondances que vous envoyez et celles que vous recevez. Par avance merci de bien vouloir répondre par un X dans la colonne correspondante.

| Code | G0305EMSD Les correspondances et informations que vous envoyez Celles-ci sont principalement : ↓ → Et transmises par : | Remise au patient | Courriel | Fax | Poste |
|-------|--|-------------------|----------|-----|-------|
| CEMAN | Manuscrites | | | | |
| CEORD | Saisies sur l'ordinateur, en dehors de votre logiciel médical | | | | |
| CECMD | Directement à partir de votre logiciel médical (formulaire adaptés ou non) | | | | |
| CEGST | Manuscrites ou Dictées, puis traitées par une secrétaire à l'aide d'un traitement de texte | | | | |
| CEGLM | Manuscrites ou Dictées, puis traitées par une secrétaire directement depuis votre logiciel médical | | | | |
| CEGSE | Manuscrites ou Dictées puis traitées par un secrétariat externe | | | | |

| Code | G0305RE Les correspondances et Informations que vous recevez Celles-ci sont principalement : Et transmises par : ↓ → | Remise au patient, sur Papier libre | Remise au patient, sous enveloppe cachetée | Remise au patient, sous enveloppe ouverte | Courriel | Fax | Poste |
|-------|---|--|---|--|----------|-----|-------|
| CEMAN | Manuscrites | | | | | | |
| CEORD | Dactylographiées (saisies sur l'ordinateur) | | | | | | |
| COUPA | Oubliées par le patient... | | | | | | |

K.VII Les logiciels et les usages

G0306L01 vous utilisez un logiciel médical. Néanmoins, vos courriers ou vos prescriptions sont manuscrits dans la plupart des cas. Quels en sont les 3 principaux freins (ou raisons) à l'utilisation de votre logiciel dans ce contexte (en dehors d'un déplacement) ?

- _____
- _____
- _____

G0306L02 qu'est-ce qui pourrait vous faire changer vos habitudes, en 3 mots ?

- _____
- _____
- _____

G0306L03 vous utilisez systématiquement votre logiciel pour la rédaction de la majorité de vos correspondances. Quels en sont les 3 grands avantages (ou raisons) ?

- _____
- _____
- _____

G0306L04 quels sont les 3 principaux facteurs qui ont favorisé cet usage ?

- _____
- _____
- _____

K.VIII Mobilité et Internet

G0209M vous utilisez un appareil mobile (téléphone, tablette, PC - imprimante portable...) pour vos correspondances. Quelle en est votre utilisation ? Quels en sont les avantages ou les inconvénients ?

G0209I vous utilisez Internet dans le cadre de votre activité professionnelle. Il vous sert :

| Code | Pour votre activité professionnelle, Internet vous sert à : | Votre réponse = X |
|-------|--|-------------------|
| ICRES | À rester en contact avec votre réseau (formel ou informel) ? | |
| INFPR | À échanger des informations professionnelles ? | |
| INFPA | À échanger des informations à propos de vos patients ? | |
| INFAP | À échanger des informations avec vos patients ? | |
| INREC | À rechercher des informations en lien avec les problèmes que vous prenez en charge ? | |
| INFOR | À votre formation ? | |
| INGES | À la gestion de votre activité professionnelle ? | |
| INAUT | Autre : préciser ci-dessous | |

Autre : préciser

K.IX Votre correspondance et vos échanges

« La chose la plus importante en communication, c'est d'entendre ce qui n'est pas dit » Peter Drucker

En êtes-vous satisfait de la fréquence de vos échanges ?

K.X Plus précisément, à propos de vos échanges

Si vous pouviez améliorer la qualité de vos échanges avec vos différents interlocuteurs, ce serait en :

| Code | Vous pourriez améliorer vos échanges en : | Votre réponse = X |
|-------|---|-------------------|
| AUGFR | Augmentant la fréquence des échanges | |
| DIVCO | Diversifiant vos correspondants | |
| SAFOR | Ayant un outil vous permettant de cibler les informations destinées à votre correspondant, à l'aide de formulaires adaptés au contexte | |
| SAICO | Ayant un outil vous permettant de cibler les informations destinées à votre correspondant, à l'aide d'un outil graphique (icônes situationnelles) | |
| TPSCO | Gagnant du temps lors de la rédaction de vos correspondances | |
| TPSAC | Gagnant du temps dans la gestion de votre activité (en dehors du suivi patient) | |
| DOSPA | Pouvant accéder en tout lieu à votre dossier patient | |
| SECUR | Facilitant le stockage et fournissant un accès sécurisé à des données partagées | |
| SDEPG | Disposant d'un service « centralisé » qui vous permettrait de déposer de façon sécurisée vos demandes, informations, prescriptions ou résultats : | |
| SDMED | De médicaments et produits de santé | |
| SDBIO | De bioanalyses | |
| SDIMG | D'imagerie médicale | |
| SDANA | D'anatomo-pathologie | |
| SDAVI | D'avis de vos consultants (consultations spécialisées) | |
| SDACO | D'accompagnement (transfert, etc.) | |
| SDSTA | Lié au statut de votre patient (à domicile, épisode intercurrent ou non : urgences, hospitalisation, etc.) | |
| SRECG | Disposant d'un service « centralisé » qui vous permettrait de recueillir de façon sécurisée les demandes, informations, prescriptions ou résultats : | |
| SRMED | De médicaments et produits de santé | |
| SRBIO | De bioanalyses | |
| SRIMG | D'imagerie médicale | |
| SRANA | D'anatomo-pathologie | |
| SRAVI | D'avis de vos consultants (consultations spécialisées) | |
| SRACO | D'accompagnement (transfert, etc.) | |
| SRSTA | Lié au statut de votre patient (à domicile, épisode intercurrent ou non : urgences, hospitalisation, etc.) | |
| PATCO | Sachant que votre patient s'est rendu à la consultation | |
| PATEC | Sachant que votre patient a bien fait réaliser ses examens complémentaires | |
| PATME | Sachant que votre patient est bien allé chercher les produits de santé correspondants à votre prescription | |

Autre, précisez :

L L'informatique !

L.I Actuellement

Le dossier du patient est le reflet de l'histoire du patient et des relations que vous entretenez avec lui.

G0501EM pour les correspondances que vous **envoyez** :

| Code | Correspondances envoyées | Réponse = X |
|-------|---|-------------|
| IEPA | Les informations proviennent de votre dossier papier | |
| IEDPI | Les informations proviennent de votre solution informatique | |
| IECPA | Vous conservez celles-ci au format papier (double) | |
| IESAI | Vous effectuez une saisie des éléments essentiels dans votre système informatique | |
| IESCA | Vous scannez les documents pour en conserver une version informatisée dans votre système informatique | |
| IEINF | Je suis informatisé. Je ne ressaisis rien, cela se fait quasiment automatiquement. | |
| IEAUT | Autre : (vous pouvez préciser le contexte ci-dessous) | |

Autre, précisez :

G0501RE pour les correspondances que vous **recevez** :

| Code | Correspondances reçues | Réponse = X |
|-------|---|-------------|
| IRCPA | Vous conservez celles-ci au format papier | |
| IRSAI | Vous effectuez une saisie des éléments essentiels dans votre système informatique | |
| IRSCA | Vous scannez les documents pour en conserver une version informatisée dans votre système informatique | |
| IRINF | Je suis informatisé. Je ne ressaisis rien, cela se fait quasiment automatiquement. | |
| IRAUT | Autre : (vous pouvez préciser le contexte ci-dessous) | |

Autre, précisez :

M L'avenir...

G05EM comment voyez-vous l'évolution de votre rôle en tant que professionnel ?

G05CO comment voyez-vous l'évolution de la coordination **autour** du patient (« care management », parcours de soin **ET** le parcours de santé) ou par le patient ou son entourage ?

G05SEP comment voyez-vous l'évolution du rôle de vos partenaires ?

G05STI comment voyez-vous l'évolution des TIC dans votre contexte professionnel ?

G0506MQ si vous deviez mentionner 3 choses qui vous ont plus particulièrement manqué lors de votre formation initiale, en lien avec votre mode d'activité ou les TIC, ce serait :

- _____
- _____
- _____

G0506FOI si vous deviez mentionner 3 choses que vous estimez indispensables dans la formation actuelle des futurs professionnels de santé, en lien avec leur futur mode d'activité ou les TIC, ce serait :

- _____
- _____
- _____

N Tout ce que vous auriez aimé dire...

La communication, la hiérarchie des normes et des valeurs, l'hôpital, les délais de réponse, les médecins, les généralistes, les spécialistes, la coordination, l'informatique en général, les solutions disponibles ou les échanges en particulier... toutes ces choses qui donnent lieu à des discussions, des remarques, des débats formels ou informels, etc. dans lesquels chacun s'exprime plus ou moins ouvertement. Qu'en pensez-vous ? Dites-le-nous ! Tout est strictement confidentiel et restera dans tous les cas entre nous. Ces lignes sont les vôtres.

O Vos commentaires et remarques

Auriez-vous des commentaires, des éléments de contexte à ajouter, des précisions à donner ?

P Pour mieux vous connaître

Nous arrivons à la fin de cette première partie du questionnaire. Pour faciliter le retraitement statistique, nous vous demandons de bien vouloir compléter les questions suivantes. Le traitement des réponses est strictement anonyme.

G0601 : **Vous êtes** : (veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :)

| Code | Vous êtes | Réponse = X |
|------|--------------------------|-------------|
| SXM | Un homme | |
| SXF | Une femme | |
| NSP | Ne se prononce pas (NSP) | |

G0602 : **Vous avez** : (veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :)

| Code | Votre âge | Réponse = X |
|-------|--------------------|-------------|
| M30 | <30 ans | |
| E3035 | entre 30 et 35 ans | |
| E3640 | entre 36 et 40 ans | |
| E4145 | entre 41 et 45 ans | |
| E4650 | entre 46 et 50 ans | |

| Code | Votre âge | Réponse = X |
|-------|--------------------|-------------|
| ES155 | entre 51 et 55 ans | |
| ES660 | entre 56 et 60 ans | |
| P60 | > 60 ans | |
| NSP | NSP | |

G0603 : **Vous exercez depuis :** (veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :)

| Code | Vous exercez depuis | Réponse = X |
|-------|---------------------|-------------|
| AM3 | Moins d'un an | |
| AE13 | De 1 à 3 ans | |
| AE35 | De 3 à 5 ans | |
| AEP5 | Plus de 5 ans | |
| AEP10 | Plus de 10 ans | |
| NSP | NSP | |

G0604 : **Dans un contexte :** (veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :)

| Code | Dans un contexte | Réponse = X |
|------|---------------------|-------------|
| URB | Urbain | |
| SUR | Semi ou Péri urbain | |
| RUR | Semi-rural ou Rural | |

G0605 : **Votre mode d'exercice :** (veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :)

G0605L votre activité principale se situe en dehors d'un établissement de santé ou médico-technique. Vous êtes :

| Code | Vous exercez principalement hors établissement. Vous êtes : | Réponse = X |
|-------|---|-------------|
| NC | Non concerné | |
| LIBCS | Libéral, en cabinet, seul | |
| LIBCP | Libéral, en cabinet à plusieurs, mais « mono métier » (médical, paramédical, etc.) | |
| LIBPO | Libéral, dans un contexte pluri professionnel (maison ou pôle de santé, SSIAD...) | |
| SAPOL | Salarié, dans un contexte pluri professionnel (maison ou pôle de santé, SSIAD...) | |
| LICLI | Vous avez une activité mixte, libérale et en clinique (spécialité :) | |
| LIHOP | Vous avez une activité mixte, libérale et en hôpital public ou ESPIC (spécialité :) | |
| LIMLS | Vous avez une activité mixte, libérale et en structure d'accueil de moyenne ou longue durée | |
| AUSTR | Dans une structure d'accueil spécialisé (type :) | |

G0605E vous exercez principalement dans un établissement de santé ou médico-technique :

| Code | Vous exercez principalement dans un établissement ou une autre structure | Réponse = X |
|-------|--|-------------|
| NCHOP | Non concerné | |
| CHU | En CHU | |
| CHR | En CHR | |
| HPMIL | Du secteur public, Hôpital > 1000 lits | |
| HP500 | Du secteur public, Hôpital 500 <= lits < 1000 | |
| HP100 | Du secteur public : Hôpital 100 <= lits < 500 | |
| HL100 | Du secteur public, Hôpital <= 100 lits | |
| ES500 | En ESPIC, 500 <= lits < 1000 | |
| ES200 | En ESPIC, 200 <= lits < 500 | |
| ES100 | En ESPIC, 100 <= lits < 200 | |
| EL100 | En ESPIC, < 100 lits | |

| Code | Vous exercez principalement dans un établissement ou une autre structure | Réponse = X |
|--------|--|-------------|
| CL 200 | Du secteur privé lucratif, > 200 lits | |
| CL 100 | Du secteur privé lucratif, 100 <= lits < 200 | |
| CL 099 | Du secteur privé lucratif, < 100 lits | |
| MEDSO | Du secteur médico-social (EHPAD, etc.) | |
| SOCDE | Du secteur social (gestion des demandes) | |
| SOCIN | Du secteur social (intervention) | |
| IMAGE | Centre d'imagerie | |
| BIOAN | Laboratoire de bioanalyses | |
| ANAPA | Laboratoire d'Anatomo-pathologie | |

G0605R vous exercez à temps partiel ou complet dans une structure de type :

| Code | Vous exercez à temps partiel ou complet dans : | Réponse = X |
|--------|--|-------------|
| RESO | Réseau (en tant que : Partenaire/Coordinateur) Spécialité : | |
| COORD | Coordination (en tant que : Partenaire/Coordinateur) Spécialité : | |
| FILIER | Filière de soins (en tant que : Partenaire/Coordinateur) Spécialité : | |
| HAD2 | HAD (en tant que : Partenaire/Coordinateur). | |
| ONG | ONG ou une structure d'aide sociale (en tant que : Partenaire/Coordinateur). | |
| AUTRE | Autre ou précisions : | |

G0606 : Les personnes que vous prenez en charge dans votre activité :

| | |
|---|--|
| À combien évaluez-vous votre file active (les personnes ou les patients que vous voyez au moins une fois tous les 6 mois), en nombre ? | |
| Dans cette file active, à combien évaluez-vous le nombre de personnes nécessitant une prise en charge interprofessionnelle ? | |
| Dans votre file active, à combien évaluez-vous le nombre de personnes nécessitant un partage (quel qu'en soit le mode) d'informations ? | |

Comment se répartit votre patientèle, par tranche d'âge (en nombre, approximatif) :

| Age | Age | Urbain | Semi-urbain | Rural | Hébergés |
|-------|--------------|--------|-------------|-------|----------|
| AL010 | 0 - 10 ans | | | | |
| AL020 | 11 - 20 ans | | | | |
| AL030 | 21 - 30 ans | | | | |
| AL040 | 31 - 40 ans | | | | |
| AL050 | 41 - 50 ans | | | | |
| AL060 | 51 - 60 ans | | | | |
| AL070 | 61 - 70 ans | | | | |
| AL080 | 71 - 80 ans | | | | |
| AL090 | 81 - 90 ans | | | | |
| AL100 | 91 - 100 ans | | | | |
| ACENT | Centenaires | | | | |

ENQUÊTE COMMUNICATION EN SANTÉ

SECONDE PARTIE

Version 1.0

Votre code questionnaire : _____

Vous pouvez me renvoyer le questionnaire complété à l'adresse suivante :

Université de Nantes - LEMNA

À l'attention d'Anne-Claire COVAIN

Pour Michel VÉRET

Chemin de la Censive du Tertre - BP 52 231

44 322 NANTES cedex 3

FRANCE

Vous pouvez télécharger ce questionnaire à l'adresse suivante :

<http://michelveret.org> Rubrique « Communication et santé » dans le menu.

Q Votre fonctionnement actuel

Nous nous intéressons dans cette seconde partie à votre fonctionnement actuel. Ces questions concernent :

- Vos courriers, d'une façon générale ;
- Votre communication et les moyens de l'améliorer si nécessaire ;
- Les moyens actuels de partage et de communication.

Q.I Vos courriers - généralités d'envoi

D'une façon générale, **faites-vous systématiquement un courrier**⁷⁶⁷ lorsque vous **adressez un patient** à, vers ou chez, un ou une :

| Code | Patient adressé à, vers ou chez : | Votre réponse = X |
|-------|---|-------------------|
| MT | Médecin traitant | |
| MG | Généraliste (autre que traitant ou exercice particulier) | |
| MGPS | Médecin de Garde ou Permanence des soins | |
| REMP | Remplaçant | |
| SMRC | Spécialiste en recours direct (CNAM) | |
| SM | Spécialité Médicale. (Précisez si besoin sa discipline.) | |
| SC | Spécialité chirurgicale. (Précisez si besoin sa discipline.) | |
| IMAGE | Centre d'imagerie | |
| BIOAN | Laboratoire de bioanalyses | |
| ANAPA | Laboratoire d'Anatomo-pathologie | |
| PURGE | Urgences | |
| PHOSP | Professionnel hospitalier (hors consultations). <i>Précisez si besoin sa discipline.</i> | |
| PESMS | Moyen séjour (Exercice dans un SSR...). <i>Précisez si besoin son rôle.</i> | |
| PELS | Long séjour (Exercice dans un EHPAD... [médecin coordinateur...]). <i>Précisez si besoin son rôle.</i> | |
| PESSP | Établissement spécialisé (Exercice dans un contexte de CMP...). <i>Précisez si besoin son rôle.</i> | |
| PASMC | Médecin-conseil | |
| PASMW | Médecin du travail | |
| PASME | Médecin scolaire | |
| PASPE | Professionnel de santé en PMI, petite enfance | |
| PARAM | Paramédical. Prises en charge courtes ou ponctuelles. <i>Précisez si besoin son rôle.</i> | |
| SOCDE | Social (gestion des demandes d'aide et équivalent [MDPH, APA, CLIC, MAIA], etc.). <i>Précisez si besoin son rôle.</i> | |
| SOCMA | Social (MàD - <u>Prises en charge longues, à domicile</u> , paramédicaux, aide-soignante, aide-ménagère, repas...). <i>Précisez son rôle.</i> | |
| RESEA | Réseau. Précisez son rôle. | |
| FILIE | Filière. Précisez son rôle. | |
| HAD | HAD. Précisez son rôle. | |
| COORD | Coordination spécifique (hors cas ci-dessus, p. ex. RCP...). <i>Précisez son rôle.</i> | |

« *Précisez son rôle* » : Vous pouvez préciser la spécialité, le rôle de votre ou de vos destinataires dans le champ « Autre » (questionnaire en ligne) ou ci-après (informations complémentaires [Rôle] - questionnaire papier), en rappelant le contexte. Part exemple, HAD : Médecin coordinateur, Réseau : Diabète, médecin coordinateur, Social à Domicile : Infirmière MAD...

Informations complémentaires (Rôle) :

⁷⁶⁷ Nous utilisons le terme courrier de façon générique, quelle qu'en soit la forme

Q.II Mieux communiquer

La solution idéale n'existant pas, il est cependant possible d'améliorer l'existant.

G0503SO en dehors d'une solution de « *partage universel* », quels moyens aimeriez-vous avoir à votre disposition pour votre confort d'utilisation et pour améliorer votre communication ?

« **Partagée** » s'entend ici au sens du partage d'information au sein de votre sphère professionnelle, cabinet, centre, pôle ou maison de santé, réseau, domicile, etc., avec les partenaires en charge du patient ou de la coordination de son ou ses parcours.

« **Hébergée** » s'entend comme étant une solution informatique professionnelle « dans le cloud », fournie par un prestataire externe habilité, chargé de l'hébergement des (de vos) données de santé.

| Code | De que j'aimerais avoir à disposition pour améliorer ma communication | Réponse = X |
|--------|---|-------------|
| SPINM | Une solution informatique <u>hébergée</u> sur Internet, personnelle | |
| SPINP | Une solution informatique <u>hébergée</u> sur Internet, partagée | |
| SIPER | Une solution informatique <u>chez moi</u> , personnelle | |
| SIPAR | Une solution informatique <u>chez moi</u> , partagée | |
| SMSSO | Avec une messagerie sécurisée directement intégrée dans ma solution | |
| SM SSE | Avec une messagerie sécurisée séparée , gérée par moi-même | |
| SM SIN | Avec une messagerie sécurisée séparée, sur un système spécialisé auquel vous vous connectez (service tiers sur Internet ou équivalent) | |
| SCPIN | Une solution dans laquelle <u>je peux choisir la présentation</u> des informations, courriers, comptes-rendus... | |
| SPAPI | Comme avec l'original papier | |
| SIDPI | Intégré dans le dossier | |
| SIVUE | Selon différents points de vue tels que, par exemple : | |
| SIVSY | Un point de vue synthétique, pour un patient donné | |
| SIVCH | Un point de vue chronologique, pour un patient donné | |
| SVOPP | Une vue « orientée problèmes », pour un patient | |
| SVOPC | Une vue « orientée problèmes », pour une cohorte | |
| SAUT | Autre : | |

G0503SMS Selon vous l'envoi d'un SMS (ou d'un courriel) au patient pour lui rappeler son prochain rendez-vous (en lui demandant si besoin de venir avec ses derniers résultats/courriers) :

| Code | L'envoi de SMS/courriel au patient : | Réponse = X |
|-------|--|-------------|
| SMSUT | Serait utile à la gestion de votre activité | |
| SMSRE | Renforcerait le lien avec votre patient | |
| SMSIM | L'impliquerait plus dans sa démarche | |
| SMSRA | Réduirait de façon significative les « aléas » dans sa prise en charge | |
| SMSAU | Autre : | |

Q.III Mon Agenda...

G0503APA on sous-entend ici que l'agenda est accessible de façon discrétionnaire aux personnes que vous avez autorisées. Selon vous, est-ce que le **partage de votre agenda** (prise de rendez-vous) avec **vos patients** :

| Code | Le partage des agendas avec le patient | Réponse = X |
|-------|---|-------------|
| AGEUT | Serait utile à la gestion de votre activité | |
| AGERE | Renforcerait le lien avec votre patient | |
| AGEIM | L'impliquerait plus dans sa démarche | |
| AGEAU | Autre : | |

G0503APR selon vous, est-ce que le **partage de votre agenda** avec **vos différents partenaires**, secrétariat médical compris (dans le cas d'une plate-forme de service par exemple) :

| Code | Le partage des agendas avec vos partenaires | Réponse = X |
|-------|---|-------------|
| AGUGA | Serait utile à la gestion de votre activité | |
| AGLPA | Renforcerait ou faciliterait vos liens avec vos partenaires | |
| AGIPR | Faciliterait l'inter professionnalité | |
| AGAUT | Autre : | |

Q.IV Avantages et inconvénients...

Partager ses données, son agenda, avec les autres professionnels présente un certain nombre d'avantages, mais aussi de freins ou d'inconvénients...

G0503A01 en 3 mots, quels seraient les **avantages** du **partage** de votre **agenda** (prise de RdV) avec **vos patients** ?

- _____
- _____
- _____

G0503A02 en 3 mots, quels seraient les **avantages** du **partage** de votre **agenda** avec **vos partenaires** ?

- _____
- _____
- _____

G0503A03 en 3 mots, quels sont les **principaux freins** au **partage** de votre agenda (prise de RdV) avec **vos patients** ?

- _____
- _____
- _____

G0503A04 en 3 mots, quels sont les **principaux freins** au **partage** de votre agenda avec **vos partenaires** ?

- _____
- _____
- _____

Q.V Les outils que j'utilise déjà...

Vous utilisez déjà différents outils permettant, par exemple, l'envoi de SMS ou le partage de votre agenda. Quelle est votre opinion à ce sujet ?

G0503A05 vous utilisez un système permettant l'envoi d'un SMS (ou d'un courriel) avant la prochaine consultation du patient. Quel retour d'expérience en tirez-vous ?

G0503A06 vous partagez déjà votre agenda avec différents partenaires externes. Quel retour d'expérience en tirez-vous ?

Q.VI Ma messagerie.

G0503MSG vous utilisez un système de messagerie pour tout ou partie de vos correspondances. Celle-ci est-elle :

| Code | La messagerie | Réponse = X |
|-------|---|---------------------|
| UMS | Sécurisée | |
| UMLOC | Indépendante de votre logiciel « métier », gérée par vous-même sur votre poste de travail | |
| UMINT | Indépendante de votre logiciel « métier », sur un système spécialisé auquel vous devez vous connecter (service tiers sur Internet ou équivalent) | |
| UMNOM | Si oui (service tiers sur Internet ou équivalent), laquelle (précisez ci-dessous) | |
| UMLME | Intégrée à votre logiciel « métier » | |
| UMLNO | Si oui (intégrée à votre logiciel), laquelle (précisez ci-dessous) | |
| UMCOP | Dans ce contexte, remettez-vous une copie de votre correspondance à votre patient | Oui – non – parfois |
| UMNAU | Si non ou parfois, quelles en sont les raisons (<i>précisez ci-dessous</i>) | |

Q.VII Vos commentaires et remarques

Auriez-vous des commentaires, des éléments de contexte à ajouter, des précisions à donner ?

ENQUÊTE COMMUNICATION EN SANTÉ

TROISIÈME PARTIE

Version 1.0

Votre code questionnaire : _____

Merci de nous retourner ce document complété dans les deux semaines suivant notre entretien

Vous pouvez me renvoyer le questionnaire complété à l'adresse suivante :

Université de Nantes - LEMNA

À l'attention d'Anne-Claire COVAIN

Pour Michel VÉRET

Chemin de la Censive du Tertre - BP 52 231

44 322 NANTES cedex 3

FRANCE

Vous pouvez télécharger ce questionnaire à l'adresse suivante :

<http://michelveret.org> Rubrique « Communication et santé » dans le menu.

R Vos correspondants et vos envois

R.I La fréquence de vos envois

Nous nous intéressons ici à la **correspondance que vous envoyez**, que vous ayez été sollicité ou non.

Cette question concerne vos destinataires principaux, la fréquence d'envoi, le caractère nominatif ou non de ces envois et, pour vos correspondants libéraux, le mode de leur exercice, si vous le connaissez.

Vous trouverez ci-après la signification des différents codes utilisés dans cette version papier du questionnaire.

La fréquence de vos envois : Vous envoyez vos correspondances à destination d'un (de) correspondant(s) :

- tous les **J**ours ;
- Au moins une fois par ou tous (toutes) les :
- Semaine (**H**ebdomadaire) ;
- **Q**uinze jours ;
- **M**ois ;
- les 2 mois : **B**imestriel ;
- **T**rimestre ;
- **S**emestre.

Si la correspondance vers ce destinataire est **N**ominative, cochez la case correspondante.

Dans le monde libéral, à votre connaissance, votre correspondant exerce-t-il comme **L**ibéral, en cabinet ? Exerce-t-il au sein d'une consultation **O**uverte dans un établissement de santé ? Exerce-t-il dans Maison ou un **P**ôle de santé ?

Remarques :

Concernant les partenaires « médico-techniques », il s'agit d'échanges particuliers, en dehors des prescriptions ou demandes, généralement remises au patient (examens de laboratoire...)

Version Papier du questionnaire : Dans la liste ci-dessous, rayez la ligne qui correspond à votre situation ou profession. Indiquez par une croix chaque situation correspondant à votre pratique. Laissez vide si vous n'envoyez jamais rien à ce correspondant.

Version électronique du questionnaire : la colonne « NSP » - Ne se prononce pas - est cochée par défaut. Pour les situations qui correspondent à votre pratique, cocher la ou les cases qui correspondent le mieux à votre ou vos choix. La case « NSP » sera automatiquement désactivée.

| Code | Vous envoyez vos courriers à/au ↓ | À quelle Fréquence → | Tous les Jours | (semaine) Hebdomadaire | Tous les quinze jours | Une fois par Mois | Tous les 2 mois Bimestriel | Trimestriel | Tous les 6 mois Semestriel | Courrier Nominatif | Il est Libéral | En Consultation Ouverte | En maison ou Pôle de santé |
|-------|---|-----------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| MT | Médecin traitant | | | | | | | | | | | | |
| MG | Généraliste (autre que traitant ou exercice particulier) | | | | | | | | | | | | |
| MGPS | Médecin de Garde ou Permanence des soins | | | | | | | | | | | | |
| REMP | Remplaçant | | | | | | | | | | | | |
| SMRC | Spécialiste en recours direct (CNAM) | | | | | | | | | | | | |
| SM | Spécialité Médicale (précisez si besoin son rôle) | | | | | | | | | | | | |
| SC | Spécialité chirurgicale (précisez si besoin son rôle) | | | | | | | | | | | | |
| IMAGE | Centre d'imagerie (hors prescriptions ou demandes remises au patient) | | | | | | | | | | | | |
| BIOAN | Laboratoire de bioanalyses (hors prescriptions ou demandes remises au patient) | | | | | | | | | | | | |
| ANAPA | Laboratoire d'Anatomo-pathologie (hors prescriptions ou demandes remises au patient) | | | | | | | | | | | | |
| PURGE | Urgences | | | | | | | | | | | | |
| PHOSP | Professionnel hospitalier (hors consultations spécialisées, précisez si besoin sa discipline) | | | | | | | | | | | | |
| PESMS | Moyen séjour (Exercice dans un SSR...). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | |
| PESLS | Long séjour (Exercice dans un EHPAD ou équivalent... [médecin coordinateur...]). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | |
| PESSP | Établissement spécialisé (Exercice dans un contexte de CMP ou équivalent...). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | |
| PASMC | Médecin-conseil | | | | | | | | | | | | |
| PASMW | Médecin du travail | | | | | | | | | | | | |
| PASME | Médecin scolaire | | | | | | | | | | | | |
| PASPE | Professionnel de santé en PMI, petite enfance | | | | | | | | | | | | |
| PARAM | Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, psychologue...) <u>Prises en charge courtes ou ponctuelles.</u> <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | |
| SOCDE | Social (gestion des demandes d'aide et équivalent [MDPH, APA, CLIC, MAIA], etc.). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | |
| SOCMA | Social (MàD ⁷⁶⁸ - <u>Prises en charge longues, à domicile,</u> paramédicaux, aide-soignante, aide-ménagère, repas...). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | |
| RESEA | Réseau. <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | |
| FILIE | Filière. <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | |
| HAD | HAD. <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | |
| COORD | Coordination spécifique (hors cas ci-dessus, p. ex. RCP...). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | |
| PATIE | Le patient ou son entourage | | | | | | | | | | | | |

G0205A vous pouvez apporter les précisions qui vous semblent nécessaires ci-après. Par exemple, ce peut être les spécialités médicales ou chirurgicales avec lesquelles vous avez le plus d'échanges. Pour la mention « *Précisez son rôle* », vous pouvez préciser le rôle de votre ou de vos destinataires dans le champ « Autre » (questionnaire en ligne) ou ci-après (informations complémentaires [Rôle] - questionnaire papier), en rappelant le contexte. Par exemple, HAD : Médecin coordinateur, Réseau : Diabète, médecin coordinateur, Social Domicile : Infirmière MAD...

Précisez son rôle (ou sa discipline) :

⁷⁶⁸ MàD : Maintien à Domicile. Soins autour du patient. Contexte des soins avec des prises en charge longues à domicile

R.II Quels moyens de transmission utilisez-vous pour vos envois ?

Nous nous intéressons ici aux différents moyens de communication à votre disposition pour les correspondances que vous **envoyez**.

Cet envoi des courriers vers vos correspondants emprunte différents canaux. Pour chaque mode de communication, nous distinguons les médias suivants⁷⁶⁹ :

- Le téléphone (T) ;
- Le patient, avec votre correspondance sous enveloppe ou non, cachetée ou non : papier libre (L), enveloppe cachetée (H), enveloppe Ouverte (non cachetée) ;
- Le courrier postal (P) ;
- Le fax classique (impression papier - F) ;
- Le fax numérique (N) ;
- La messagerie traditionnelle (M) ;
- La messagerie sécurisée (s) ;
- Un support spécifique au domicile du patient (D) ;
- L'accès à un service de données partagées, tel qu'un serveur de résultats de bioanalyses (B) ou un serveur d'images médicales (I) ;
- Un support numérique tel qu'un CD-ROM (imagerie), une clé USB... (R)
- Le partage par le biais d'un outil informatisé (Z).

Version Papier du questionnaire : Dans la liste ci-dessous, rayez la ligne correspondant à votre situation ou profession. Indiquez par une croix chaque situation correspondant à votre pratique. Laissez vide si vous n'envoyez jamais rien à ce correspondant.

Version électronique du questionnaire : la colonne « NSP » - Ne se prononce pas - est cochée par défaut. Pour les situations correspondant à votre pratique, cocher la ou les cases correspondant le mieux à votre ou vos choix. La case « NSP » correspondante sera automatiquement désactivée.

⁷⁶⁹ Les codes indiqués sont ceux de la version papier de ce questionnaire. La version électronique indique le nom complet.

| Code | Votre mode de transmission vers : | Téléphone | Papier Libre | E. cacheté | E. Ouverte | Courrier Postal | Fax papier | Fax Num. | Mail simple | Mail Sécur. | Domicile. | Bioserveur | Images Pacs | Supp. numMétrique | Partage: Z |
|-------|---|-----------|--------------|------------|------------|-----------------|------------|----------|-------------|-------------|-----------|------------|-------------|-------------------|------------|
| MT | Médecin traitant | | | | | | | | | | | | | | |
| MG | Généraliste (autre que traitant ou exercice particulier) | | | | | | | | | | | | | | |
| MGPS | Médecin de Garde ou Permanence des soins | | | | | | | | | | | | | | |
| REMP | Remplaçant | | | | | | | | | | | | | | |
| SMRC | Spécialiste en recours direct (CNAM) | | | | | | | | | | | | | | |
| SM | Spécialité Médicale (précisez si besoin son rôle) | | | | | | | | | | | | | | |
| SC | Spécialité chirurgicale (précisez si besoin son rôle) | | | | | | | | | | | | | | |
| IMAGE | Centre d'imagerie | | | | | | | | | | | | | | |
| BIOAN | Laboratoire de bioanalyses | | | | | | | | | | | | | | |
| ANAPA | Laboratoire d'Anatomo-pathologie | | | | | | | | | | | | | | |
| PURGE | Urgences | | | | | | | | | | | | | | |
| PHOSP | Professionnel hospitalier (<i>précisez sa discipline</i>) | | | | | | | | | | | | | | |
| PESMS | Moyen séjour (Exercice dans un SSR...). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| PESLS | Long séjour (Exercice dans un EHPAD... [médecin coordinateur...]). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| PESSP | Établissement spécialisé (Exercice dans un contexte de type CMP...). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| PASMC | Médecin-conseil | | | | | | | | | | | | | | |
| PASMW | Médecin du travail | | | | | | | | | | | | | | |
| PASME | Médecin scolaire | | | | | | | | | | | | | | |
| PASPE | Professionnel de santé en PMI, petite enfance | | | | | | | | | | | | | | |
| PARAM | Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, psychologue...). <u>Prises en charge courtes ou ponctuelles.</u> <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| SOCDE | Social (gestion des demandes d'aide et équivalent [MDPH, APA, CLIC, MAIA], etc.). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| SOCMA | Social (MàD - <u>Prises en charge longues, à domicile</u> [paramédicaux, aide-soignante, aide-ménagère, repas...]). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| RESEA | Réseau. <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| FILIE | Filière. <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| HAD | HAD. <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| COORD | Coordination spécifique (hors cas ci-dessus, p. ex. RCP...). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| PATIE | Le patient ou son entourage | | | | | | | | | | | | | | |

G0206A vous pouvez apporter les précisions qui vous semblent nécessaires ci-après. Par exemple, ce peut être les spécialités médicales ou chirurgicales avec lesquelles vous avez le plus d'échanges. Pour la mention « *Précisez son rôle (ou sa discipline)* », vous pouvez préciser le rôle de votre ou de vos destinataires ci-après, en rappelant le contexte. Par exemple, HAD : Médecin coordinateur, Réseau : Diabète, médecin coordinateur, Social Domicile : Infirmière MAD...

Précisez son rôle (ou sa discipline) :

G0210B pour affiner ces résultats, accepteriez-vous faire une évaluation qualitative des correspondances que vous recevez pendant une période donnée : Oui - non

S Les informations échangées

Il n'existe pas, à notre connaissance, de recommandations « officielles » quant au contenu des courriers. Leur construction et leur formalisme sont souvent liés à la formation, à l'expérience ou aux pratiques locales. Nous avons confronté différentes présentations ou études. Nous avons retenu les éléments d'information proposés en 2004 par l'ANAES. Ils se complètent de constats ou de recommandations issus de publications, de thèses ou de travaux de recherche, tant en France qu'à l'étranger.

Remarque : Les prescriptions « classiques », ne nécessitant pas d'informations particulières ou une communication particulière avec l'exécutant ou le consultant, ne sont pas abordées dans cette étude.

S.I Les informations transmises

Dans les tableaux suivants, nous nous intéressons **aux éléments d'information que vous transmettez à vos correspondants**. Certaines informations sont systématiquement mentionnées. D'autres sont contextuelles. Le contenu de ces correspondances peut aussi varier en fonction de votre contexte d'exercice. Par exemple, une demande de transfert d'un patient vers les urgences lors d'une visite à son domicile, en l'absence de dossier patient, peut engendrer des manques ou des oublis. Ce peut aussi être le cas pour un remplacement ou l'intervention d'un médecin de garde par exemple.

Dans la liste ci-dessous, veuillez préciser votre rôle, fonction ou spécialité (*reprise depuis l'en-tête du questionnaire*).

Remarques concernant « Systématiquement », « Jamais » et « Uniquement si ».

Ces options s'excluent mutuellement. En fonction de leurs habitudes, les rédacteurs mentionnent systématiquement une information, d'autres jamais (si l'information est « hors contexte », laissez à blanc), certains « uniquement si ». C'est par exemple le cas des constantes ou des signes vitaux qui ne sont signalés que s'ils sont « anormaux » ou considérés comme non obligatoires par rapport au contexte du patient (p. ex. entorse). Ce peut être aussi le cas en fonction de l'âge du patient. « Uniquement si » permet aussi d'indiquer qu'une information est envoyée spécifiquement à un ou des destinataires précis, mais pas aux autres.

« Systématiquement » et « Jamais » concernent l'ensemble des destinataires.

« Uniquement si » dépend du contexte et du destinataire.

Ces trois options sont exclusives.

Version Papier du questionnaire : Indiquez par une croix chaque situation correspondant à votre pratique. Laissez vide si vous n'envoyez jamais cette information au correspondant concerné.

Version électronique du questionnaire : la colonne « NSP » - Ne se prononce pas - est cochée par défaut. Pour les situations correspondant à votre pratique, cocher la ou les cases correspondant le mieux à votre ou vos choix. La case « NSP » correspondante sera automatiquement désactivée.

| Code ⁷⁷⁰ | Quelles sont les informations que vous fournissez en tant que : (qualité de l'émetteur) À l'attention de/du ➔ | ← UNIQUEMENT SI → | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|-------------------|--------|-----------------|---------------------------------------|---------------------|-------------------------|----------|--|--------------|-------------|--------------------------|---|----------------------------------|--------------------------|---|--------|---------|-----|-------------------------|
| | | Systématiquement | Jamais | Uniquement si ➔ | Médecine de ville ou médecin traitant | Spécialité Médicale | Spécialité chirurgicale | Urgences | Hospitalisation (aigu), intercurrente ou non | Moyen séjour | Long séjour | Etablissement spécialisé | Autres PS (Conseil, travail, scolaire, PMI) | Paramédical (Soins non-médicaux) | Social (demandes d'aide) | Social (Prises en charge longues, domicile) | Réseau | Filière | HAD | Coordination spécifique |
| IDEM | Identification de l'émetteur (identité et adresse, n° RPPS...) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QEM | Qualité de l'émetteur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DNOM | Destinataire : Nominatif | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DSEI | Destinataire : Service | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DES | Destinataire : Établissement ou Institution | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DSAN | Destinataire : « Sans destinataire » | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DTCOU | Date du courrier | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PCIV | Patient : Civilité du patient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PNOM | Patient : Nom du patient (marital pour les femmes) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PJF | Patient : Nom de jeune fille (femmes) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PPREN | Patient : Prénom du patient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PDNAI | Patient : Date de naissance du patient ou | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAGE | Patient : Age du patient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PSS | Patient : N. SS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PADDR | Patient : Adresse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PTEL | Patient : Téléphone | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CNAT | Nature : Demande/Réponse/Information | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CMOT | Motif de la demande (envoi) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRAP | Rappel de la demande (réponse) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | Copie envoyée à | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DVENU | Date de la dernière venue du patient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANAMN | Anamnèse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DTRBL | Date de début des troubles | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXACL | Examen clinique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTC | Contexte clinique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PANA | Pièce anatomique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLOC | Localisation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAEV | Diagnostic évoqué | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONCL | Conclusions | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTRE | Actes réalisés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUITE | Suites à donner (dont maintien à domicile [P. âgées]) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFSX | Informations spécifiques liées au sexe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRTH | Traitement habituel du patient (traitement de fond) simple OU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRTHD | Détails précis du traitement (dosage, horaire, posologie détaillée) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

⁷⁷⁰ Dataset : Information

| Code | Quelles sont les informations que vous fournissez en tant que : (qualité de l'émetteur) À l'attention de/du ➔ | ← UNIQUEMENT SI → | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|-------------------|--------|-----------------|---------------------------------------|---------------------|-------------------------|----------|--|--------------|-------------|--------------------------|---|----------------------------------|--------------------------|---|--------|---------|-----|-------------------------|
| | | Systématiquement | Jamais | Uniquement si ➔ | Médecine de ville ou médecin traitant | Spécialité Médicale | Spécialité chirurgicale | Urgences | Hospitalisation (aigu), intercurrente ou non | Moyen séjour | Long séjour | Etablissement spécialisé | Autres PS (Conseil, travail, scolaire, PMI) | Paramédical (Soins non-médicaux) | Social (demandes d'aide) | Social (Prises en charge longues, domicile) | Réseau | Filière | HAD | Coordination spécifique |
| TRTV | Traitement instauré suite à la venue OU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRTVD | Détails précis du traitement (dosage, horaire, posologie détaillée) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LDCI | Libellé du traitement en DCI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LCOM | Libellé du traitement en dénomination Commerciale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LMIX | Libellé du traitement Mixte (DCI ou Dénomination Commerciale). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORDO | Ordonnance datée jointe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATCTG | Antécédents (généraux ou sans , <u>mentionné explicitement</u>) ou : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATCML | Antécédents médicaux (en lien avec l'épisode d'aigu) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATCCL | Antécédents chirurgicaux (en lien avec l'épisode d'aigu) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATCMA | Antécédents médicaux (sans rapport, complet) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATCCA | Antécédents chirurgicaux (sans rapport, complet) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALLER | Allergies connues (ou sans , mentionner explicitement) ou : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALLSP | Allergies spécifiques | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALDA | ALD aiguë (temporalité « courte », rémission possible) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALDC | ALD chronique (« permanente » p. ex. Transplantation, SEP..) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACC | Statut vaccinal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CST | Dernières constantes/signes vitaux, datés dont : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CSTA | Tension artérielle | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CSTP | Pouls | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CSTT | Température | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CSTF | Fréquence respiratoire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RBIOS | Derniers résult. bioanalyses, simples OU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RBIOD | Derniers résultats de bioanalyses, <u>datés</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RIMGS | Derniers résultats d'imagerie, simples OU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RIMGD | Derniers résultats d'imagerie, <u>datés</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RINF | Risques infectieux | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SYGER | Syndromes gériatriques | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSUF | Insuffisance rénale, cardiaque, respiratoire... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DMO | DMI (prothèse, stimulateur...) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AVISP | Avis du ou des spécialistes (redirection ou autre) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Code | Quelles sont les informations que vous fournissez en tant que : (qualité de l'émetteur) À l'attention de/du ➔ | ← UNIQUEMENT SI → | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|-------------------|--------|-----------------|---------------------------------------|---------------------|-------------------------|----------|--|--------------|-------------|--------------------------|---|----------------------------------|--------------------------|---|--------|---------|-----|-------------------------|
| | | Systématiquement | Jamais | Uniquement si ➔ | Médecine de ville ou médecin traitant | Spécialité Médicale | Spécialité chirurgicale | Urgences | Hospitalisation (aigu), intercurrente ou non | Moyen séjour | Long séjour | Etablissement spécialisé | Autres PS (Conseil, travail, scolaire, PMI) | Paramédical (Soins non-médicaux) | Social (demandes d'aide) | Social (Prises en charge longues, domicile) | Réseau | Filière | HAD | Coordination spécifique |
| CORSP | Coordonnées du ou des spécialistes (à consulter (er)) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DURG | Dernier passage aux urgences/motif/décision | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DHOSP | Dernière hospitalisation/motif/décision | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPSY | Contexte psychosocial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRIVE | Provenance du patient (Domicile, Cabinet, Travail, Hébergement...) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HABIT | Habitude/mode de vie/lieu de vie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REFUS | Les refus du patient (soin, médicament, prélèvement...) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRSQ | Facteurs de risque | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRAG | Fragilités | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEPEN | Dépendances (mobilité, autonomie...) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AIDED | Aides à domicile en place (IDE, AS, AM, Kiné, Repas...) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EPSY | Etat psychologique, état thymique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CFAM | Contexte familial (seul, en couple, enfants/âge...), entourage | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PCONT | Personne(s) à contacter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEMSO | Demandes sociales en cours (APA, hébergement, MAD...) et les organismes concernés | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FPOL | Formule de politesse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIMAN | Signature manuscrite | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

G0301CPL si vous souhaitez apporter des précisions concernant « Uniquement si », les données ou les destinataires, veuillez les indiquer ci-après :

« Uniquement si » :

Autres données :

Autres destinataires ou particularités :

S.II Par rapport à ce que vous recevez, vous diriez...

Plus précisément, les correspondances que vous **recevez** sont, selon votre avis :

| Code | Les correspondances que vous recevez De ↓ en lien avec votre exercice sont → | Adaptés à vos attentes | Trop complètes | Trop succinctes | Illisibles | Manuscrites | Informatisées | Avec des erreurs | Nécessitent un rappel | Sans objet | Inadaptées | Oubliées par le patient |
|-------|--|------------------------|----------------|-----------------|------------|-------------|---------------|------------------|-----------------------|------------|------------|-------------------------|
| MT | Médecin traitant | | | | | | | | | | | |
| MG | Généraliste (autre que traitant ou exercice particulier) | | | | | | | | | | | |
| MGPS | Médecin de Garde ou Permanence des soins | | | | | | | | | | | |
| REMP | Remplaçant | | | | | | | | | | | |
| SMRC | Spécialiste en recours direct (CNAM) | | | | | | | | | | | |
| SM | Spécialité Médicale (précisez si besoin son rôle) | | | | | | | | | | | |
| SC | Spécialité chirurgicale (précisez si besoin son rôle) | | | | | | | | | | | |
| IMAGE | Centre d'imagerie | | | | | | | | | | | |
| BIOAN | Laboratoire de bioanalyses | | | | | | | | | | | |
| ANAPA | Laboratoire d'Anatomo-pathologie | | | | | | | | | | | |
| PURGE | Urgences | | | | | | | | | | | |
| PHOSP | Professionnel hospitalier (<i>précisez sa discipline</i>) | | | | | | | | | | | |
| PESMS | Moyen séjour (Exercice dans un SSR...). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | |
| PESLS | Long séjour (Exercice dans un EHPAD... [médecin coordinateur...]). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | |
| PESSP | Établissement spécialisé (Exercice dans un contexte de type CMP...). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | |
| PASMC | Médecin-conseil | | | | | | | | | | | |
| PASMW | Médecin du travail | | | | | | | | | | | |
| PASME | Médecin scolaire | | | | | | | | | | | |
| PASPE | Professionnel de santé en PMI, petite enfance | | | | | | | | | | | |
| PARAM | Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, psychologue...). Prises en charge courtes ou ponctuelles. <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | |
| SOCDE | Social (gestion des demandes d'aide et équivalent [MDPH, APA, CLIC, MAIA], etc.). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | |
| SOCMA | Social (<u>Prises en charge longues, à domicile</u> [paramédicaux, aide-soignante, aide-ménagère, repas...]). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | |
| RESEA | Réseau. Précisez son rôle. | | | | | | | | | | | |
| FILIE | Filière. Précisez son rôle. | | | | | | | | | | | |
| HAD | HAD. Précisez son rôle. | | | | | | | | | | | |
| COORD | Coordination spécifique (hors cas ci-dessus, p. ex. RCP...). <i>Précisez son rôle.</i> | | | | | | | | | | | |
| PATIE | Le patient ou son entourage | | | | | | | | | | | |

G03 023CPL ou si vous préférez répondre ici ou apporter des précisions concernant la qualité des correspondances reçues, veuillez indiquer ci-après ce qui concerne plus particulièrement :

COORI : L'origine du courrier :

COAPR : Votre appréciation quant au contenu :

COPAR : Certaines particularités (dont les délais par exemple) :

T Dans un « monde idéal »

« Il ne peut y avoir de totalité de la communication. Or la communication serait la vérité si elle était totale. » Paul Ricœur, « Soi-même comme un autre » (1990)

L'informatique permet de conserver « facilement » toutes les informations liées à votre activité et celle en relation avec le patient. Dans l'hypothèse où un outil vous permettrait de partager toutes vos informations (en dehors de vos notes personnelles) avec d'autres personnes, que vous connaissez formellement ou non, sous réserve des contraintes réglementaires, de celles liées au secret professionnel, des droits dépendants des professionnels concernés et des autorisations données ou non par le patient, seriez-vous disposés à partager vos informations et celles du patient avec l'ensemble des personnes associées au parcours du patient.

Remarques importantes :

Le contexte interprofessionnel sous-entend de mettre en commun ou à disposition MES savoirs (informations professionnelles [démarches, connaissances...] ou celles liées à un patient, une cohorte, dans le respect de la réglementation). Des interactions s'inscrivent dans un processus dynamique. Elles permettent un enrichissement mutuel. Elles sous-entendent aussi d'exposer mes pratiques (et mon écosystème) à d'autres personnes, connues ou non.

Il y a plusieurs façons de répondre à cette question. Vous pouvez répondre de façon détaillée, dans le tableau des pages suivantes ou de façon plus générale dans le chapitre qui suit ce tableau.

Quelques précisions pour le remplissage de ce tableau.

- « Je partagerais volontiers tout avec » : Cocher cette case indique que vous partageriez avec ce professionnel **l'ensemble des éléments** ci-après. Si vous ne souhaitez partager **que certains éléments** (exclusivité), ne cochez que les éléments concernés. Laissez vide si vous ne souhaitez pas partager un ou plusieurs éléments ou si vous n'êtes pas concerné par le cas.
- « Mon approche clinique (ou du soin ou sociale, en fonction du contexte) ». Il s'agit de partager OUVREMENT ma démarche clinique, de l'anamnèse à la décision ou non de traitement. Cela inclut les démarches qui peuvent par exemple conduire à des polymédications (psychotropes ou autres...), des examens multiples...
- « Ma démarche thérapeutique, de soins, etc. » : il s'agit de partager OUVREMENT ma façon de traiter un problème de santé (curatif), ou de le prévenir ;
- « Mes références (bases de connaissance, etc.), mes protocoles... » : Il s'agit de toutes les références que vous utilisez dans vos démarches, cliniques, thérapeutiques, de soin, de prévention, etc.
- « Le projet personnalisé de soin ». Ce point concerne le « comment » vous abordez la construction du projet personnalisé, mais aussi son suivi et son déroulement.

Version Papier du questionnaire : Indiquez par une croix chaque situation correspondant à votre souhait. Laissez vide si vous n'envoyez jamais cette information au correspondant concerné.

Version électronique du questionnaire : la colonne « NSP » - Ne se prononce pas - est cochée par défaut. Pour les situations correspondant à votre pratique, cocher la ou les cases correspondant le mieux à votre ou vos choix. La case « NSP » correspondante sera automatiquement désactivée.

T.I Tout partager : Votre point de vue

| | | Je ne partagerais volontiers qu'un ou plusieurs des éléments ci-dessous avec | | | | |
|-------|--|--|---|---------------------------------------|---|--------------------------------|
| | | Je partagerais volontiers TOUS les éléments ci-contre avec | Mon approche clinique (ou du soin ou sociale, en fonction du contexte), | Ma démarche thérapeutique, de soin... | Mes références (bases de connaissance, etc.), mes protocoles... | Le projet personnalisé de soin |
| Code | Tout ce que je partagerais ouvertement et sans contraintes avec : ↓ | | | | | |
| MT | Médecin traitant | | | | | |
| MG | Généraliste (autre que traitant ou exercice particulier) | | | | | |
| MGPS | Médecin de garde/Permanence des soins | | | | | |
| REMP | Remplaçant | | | | | |
| SMRC | Spécialiste en accès direct spécifique (CNAM) | | | | | |
| SM | Spécialité Médicale (précisez si besoin son rôle) | | | | | |
| SC | Spécialité chirurgicale (précisez si besoin son rôle) | | | | | |
| PESAS | Établissement de santé et autres structures | | | | | |
| IMAGE | Centre d'imagerie | | | | | |
| BIOAN | Laboratoire de bioanalyses | | | | | |
| ANAPA | Laboratoire d'Anatomo-pathologie | | | | | |
| PURGE | Urgences | | | | | |
| PHOSP | Hospitalisation | | | | | |
| PINTE | Internes (urgences, médecine ou chirurgie) | | | | | |
| PESMS | Moyen séjour (SSR) | | | | | |
| PESLS | Long séjour (EHPAD) | | | | | |
| PESSP | Hébergement spécialisé (CMP...) | | | | | |
| PASMC | Médecine du travail | | | | | |
| PASMW | Médecin-conseil | | | | | |
| PASMS | Médecine scolaire | | | | | |
| PASPE | Petite enfance - PMI | | | | | |
| PARAM | Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, psychologue...) <u>Prises en charge courtes ou ponctuelles</u> . Précisez son rôle. | | | | | |
| SOCDE | Social (gestion des demandes d'aide et équivalent [MDPH, APA, CLIC, MAIA], etc.). Précisez son rôle. | | | | | |
| SOCMA | Social (MàD - <u>Prises en charge longues, à domicile</u> , paramédicaux, aide-soignante, aide-ménagère, repas...). Précisez son rôle. | | | | | |
| RESEA | Réseau. Précisez son rôle. | | | | | |
| FILIE | Filière. Précisez son rôle. | | | | | |
| HAD | HAD. Précisez son rôle. | | | | | |
| COORD | Coordination spécifique (hors cas ci-dessus, p. ex. RCP...). Précisez son rôle. | | | | | |
| PATIE | Le patient ou son entourage | | | | | |

Vous pouvez apporter les précisions qui vous semblent nécessaires ci-après. Par exemple, ce peut être les spécialités médicales ou chirurgicales avec lesquelles vous avez le plus d'échanges. Pour la mention « *Précisez son rôle* », vous pouvez préciser le rôle de votre ou de vos destinataires ci-après, en rappelant le contexte. Par exemple, HAD : Médecin coordinateur, Réseau : Diabète, médecin coordinateur, Social Domicile : Infirmière MAD...

Précisez son rôle (ou sa discipline) :

T.II ou, de façon plus globale

G0502CPL **Ou** si vous préférez répondre ici ou apporter des précisions concernant le partage de vos données avec des personnes, en dehors de votre organisation, que vous connaissez ou non :

G05PA : Je souhaite ou j'accepte de tout partager parce que :

G05NP je ne souhaite pas partager ces informations parce que :

G05JA je ne partagerai **jamais** mes/ces informations parce que :

G05AU : Je souhaite ou j'accepte de partager d'autres informations ou connaissances comme :

G05CO : Le partage de ces informations ou de ces connaissances est nécessaire à la coordination des parcours parce que :

T.III Vos commentaires et remarques

Auriez-vous des commentaires, des éléments de contexte à ajouter, des précisions à donner ?

TITRE

Mise en perspective empirique de la complexité dans l'articulation des parcours des patients et de la communication organisationnelle entre systèmes d'information de santé en France.

RÉSUMÉ

Les systèmes d'information assistent les organisations dans la réalisation de leurs objectifs. Ils forment aussi leur langage, orienté vers l'action, un système de signes, support de la circulation des idées, des concepts et des connaissances. Dans cette recherche, le paradigme de complexité sert de cadre épistémologique à la systémique pour construire un modèle de valorisation des flux informationnels circulant entre les systèmes d'information, les organisations et leurs environnements. En nous appuyant sur les travaux de G. Saint-Léger (2004, 2013) et ceux de R. Ologeanu (2015), nous nous concentrons sur la description et l'analyse du parcours de soins et de santé d'un patient, parcours qui s'inscrit dans un système complexe. Nous mobiliserons aussi la démarche et les travaux de Min-Yuh Day (2011) qui portent sur la schématisation et la caractérisation de neuf modèles principaux d'acceptation et de satisfaction autour du modèle intégré de Venkatesh (UTAUT, TAM, MM, TRA, TPB, SCT...). Le système de santé se compose d'organisations et de systèmes multiples entre lesquels la communication organisationnelle est un enjeu majeur du travail d'articulation visant à intégrer ces parcours. Notre question de recherche principale peut être ainsi formalisée : la communication en santé oscille-t-elle réellement entre utopie ou réalité ? Elle se décline, tout au long de cette recherche, par deux sous-questions, l'une portant sur le comment et l'autre sur le pourquoi de la complexité communicationnelle. Notre démarche méthodologique hybride s'inscrit dans un positionnement épistémologique de tendance constructiviste. Nous avons mené deux enquêtes, l'une auprès des syndicats médicaux, l'autre auprès de professionnels de santé. Elles permettent de formaliser et de mieux comprendre les enjeux de cette communication souvent polyphonique et des formes qu'elle emprunte. Ce travail empirique et exploratoire appelle des approfondissements ultérieurs dans le cadre d'un projet interdisciplinaire. Notre recherche appliquée aux parcours de soins et de santé montre combien ces modèles permettent de mieux percevoir la continuité informationnelle et sa contribution à l'amélioration de la prise en charge des patients au sein de ces réseaux informels dynamiques.

MOTS-CLÉS

Communication en santé, Système d'information, Système de santé, Santé, Processus, Activité, communication organisationnelle

TITLE

Empirical perspective on the complexity of the articulation of the patient health pathways and the organizational communication between health information systems in France.

ABSTRACT

Information systems assist organizations in achieving their objectives. They also form their language, oriented towards action, a system of signs, which supports the circulation of ideas, concepts and knowledge. In this research, the complexity paradigm serves as an epistemological framework for systems to build a model for valuing information flows between information systems, organizations and their environments. Drawing on the work of G. Saint-Léger (2004, 2013) and R. Ologeanu (2015), we focus on describing and analyzing a patient's care and health journey as part of a complex system. We will also mobilize the approach and work of Min-Yuh Day (2011) on the schematization and characterization of nine main models of acceptance and satisfaction around the Venkatesh integrated model (UTAUT, TAM, MM, TRA, TPB, SCT...). The health system is composed of multiple organizations and systems between which organizational communication is a major challenge in the articulation work aimed at integrating these pathways. Our main research question can be formalized as follows: does health communication really oscillate between utopia or reality? Throughout this research, it is divided into two sub-questions, one on how and the other on the reason for the complexity of communication. Our hybrid methodological approach is in line with an epistemological positioning of a constructivist tendency. We conducted two surveys, one with medical unions and the other with health professionals. They make it possible to formalize and better understand the stakes of this often polyphonic communication and the forms it takes. This empirical and exploratory work requires further investigation in the context of an interdisciplinary project. Our research applied to care and health pathways shows how these models improve the perception of informational continuity and its contribution to improving patient care within these dynamic informal networks.

KEYWORDS

Health communication, Information system, Health system, Health, Process, Activity, Organizational Communication
