



CONNAISSANCE ET COMMUNICATION,

CONDITIONS D'UNE EFFICACITE

DE LA PRODUCTION

DE SERVICE

**André BARCET
Joël BONAMY
Michèle GROSJEAN
Fabienne MARTIN-JUCHAT**

GATE (UMR CNRS 5824)
93 Chemin des Mouilles 69130
69130 Ecully

Tél +04 72 86 60 25
Fax : +04 72 86 60 90
E-Mail : bonamy@gate.cnrs.fr

GRIC (UMR CNRS 5612)
Campus Porte des Alpes CP 11
69676 BRON Cedex

Tel : +04 78 77 31 22
Fax : +04 78 74 22 17
E mail : grosjean@univ-lyon2.fr

SOMMAIRE

INTRODUCTION

p.5

PARTIE I : MUTATION DU SERVICE, VERS UN SERVICE GLOBAL

- | | |
|---|------|
| 1. Les dimensions du service | p.16 |
| 2. Les tendances de mutations du service | p.20 |
| 3. La question sociale et collective du service | p.27 |
| 4. Le service entre « public » et « privé » : l'économie des services en réseau | p.29 |

PARTIE II - CONNAISSANCES, COMMUNICATIONS, ACTIVITES : DEUX TERRAINS D'ETUDES, L'HÔPITAL ET LA BANQUE

CHAPITRE I - CONNAISSANCES, COMMUNICATION, ACTIVITE – L'HOPITAL DE MACON ET LE RESEAU VILLE-HOPITAL

p.39

- | | |
|---|------|
| Introduction - l'hôpital de Mâcon : un hôpital peu doté, une culture d'innovation | p.39 |
| 1. Modalités de l'étude | p.41 |
| 2. Les usages des TIC à l'hôpital de Mâcon | p.51 |
| 3. Le « Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais » (RVHCM) | p.64 |

CONCLUSION
p.106

CHAPITRE II – PRODUCTION DE SERVICE ET USAGES DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION DANS LES BANQUES

- | | |
|---|-------|
| 1. Les modalités de l'étude | p.107 |
| 2. le service de la banque : contexte et usages des TIC | p.110 |
| 3. des transformations inachevées | p.121 |

Bibliographie p.134

Annexes p.136

PARTIE III – INTERROGATIONS POUR UN NOUVEAU MODELE DE SERVICE

Introduction

CHAPITRE I – COORDINATION : VERS UN NOUVEAU MODELE ORGANISATIONNEL

- | | |
|---|-------|
| 1. Le réseau Ville – Hôpital : modèle organisationnel en rupture | p.157 |
| 2. le réseau ville hôpital: émergence d'un nouveau modèle de coordination | p.163 |
| 3. Interrogations et questions posées | p.171 |
| 4. Conclusion | p.176 |

CHAPITRE II – CONNAISSANCES, TIC ET NOUVEAUX METIERS DANS LE SERVICE EN RESEAU

- | | |
|--|-------|
| 1. Types de connaissances et communications | p.179 |
| 2. Conditions de développement de l'usage des TIC dans le travail professionnel | p.183 |
| 3. Nouvelles fonctions, nouvelles tâches, nouveaux métiers dans le travail en réseau | p.188 |
| 4. Des fonctions à créer, des métiers qui se profilent | p.191 |
| Conclusion | p.192 |

CHAPITRE III – VERS UNE EVALUATION CONSTRUCTIVE

- | | |
|--|-------|
| Introduction | p.193 |
| 1. Le contexte de l'évaluation | p.193 |
| 2. Les questions nouvelles posées par les pratiques du réseau Ville-Hôpital | p.199 |
| 3. Objectifs poursuivis et effets attendus par les différents acteurs. | p.202 |
| 4. Vers un type d'évaluation constructive, pluraliste et multidimensionnelle | p.208 |
| 5. Les enjeux de l'expérience pour le système de santé | p.212 |

CONCLUSION - VERS UN NOUVEAU MODELE PRODUCTIF DE SERVICE

- | | |
|---|-------|
| 1. Un modèle organisationnel adapté à une problématique de service global | p.212 |
| 2. Un modèle organisationnel adapté à une combinatoire de métiers et d'autonomie | p.222 |
| 3. Un modèle organisationnel adapté à un développement de la responsabilisation et à l'association de « professionnels indépendants » | p.222 |
| 4. Un modèle organisationnel adapté à la gestion de l'aléatoire et du singulier | p.223 |
| 5. Un modèle organisationnel qui favorise des économies de réseau particulièrement en minimisant les coûts de la coordination | p.224 |
| 6. Un modèle organisationnel adapté à une production combinée de logique marchande, de logique publique et/ou de logique associative | p.225 |
| 7. Conclusion | p.228 |

BIBLIOGRAPHIE

p.229

TABLE DES MATIERES

p.235

INTRODUCTION

Problématique et convergence des approches

La recherche menée dans le cadre de l'appel à projet "Service, Emploi, Territoire" avait pour objectif d'étudier les conditions d'efficacité du service et le rôle de la connaissance et de la communication dans la redéfinition de l'offre de service et du service rendu. Trois dimensions reliées structurent la problématique du projet - *Connaissance et communication, conditions d'une efficacité de la production de service*.

La première concerne les contraintes d'efficacité qui pèsent sur les activités de service. La recherche de l'efficacité paraît aujourd'hui une condition nécessaire à l'extension des marchés et à la solvabilisation des demandes potentielles. La connaissance des formes concrètes de la recherche d'efficacité, notamment des modèles d'organisation qui sont mis en œuvre tant dans les activités publiques que privées, et des modes d'évaluation de l'efficacité des services est indispensable pour préciser leur implication sur les mutations des types de services rendus et les transformations des conditions de travail.

La deuxième dimension concerne le rôle de la connaissance et la communication. Si le développement des applications TIC peut permettre une recombinaison et une reformulation des processus d'acquisition et de transferts de connaissances, les choix qui sont opérés dans les activités de service ne sont pas totalement imposés par la technique. Une approche fine des modalités de la redistribution des connaissances doit permettre d'étudier leurs implications sur les modes d'organisation de la production du service (processus d'intégration entre back et front offices), sur les types de connaissance privilégiés, sur les relations des groupes de travail, et sur les modes de coordination (redistribution des rôles, fonctions et pouvoirs, en produisant de nouvelles règles et de nouveaux agencements organisationnels).

La troisième dimension concerne le lien entre la recherche d'efficacité et la transformation du service rendu. Les réorganisations de la production des services ont des implications sur la mutation des services rendus. Un premier enjeu porte sur la place et le rôle des bénéficiaires des services dans la co-production. La redistribution des connaissances par le biais des TIC engendre une redistribution des circuits de négociation et de décision et les nouveaux arrangements organisationnels et humains qui sont mis en pratique modifient la place des différents acteurs, et notamment celle des bénéficiaires du service. Un autre enjeu concerne la prise en compte des bénéficiaires dans l'évaluation. La recherche d'efficacité peut conduire à une instrumentalisation des indicateurs d'efficacité, donnant priorité aux variables du système de service, les plus facilement identifiables et mesurables, au détriment d'autres indicateurs d'efficacité sociale, prenant en compte des variables intégrant la personnalité, l'histoire du client, de son contexte familial et social.

En définitive, le mode d'entrée dans la problématique voulait se démarquer des approches se limitant à l'analyse des répercussions organisationnelles de l'intégration intensive des technologies de l'information et de la communication dans les activités de service. La réorganisation des services nous semble non seulement modifier la manière de les produire, mais aussi transformer le service lui-même et son rôle dans la société. Pour poursuivre cet objectif de recherche, il fallait pouvoir conjuguer des dimensions qui relèvent d'approches différentes et qui sont généralement considérées de façon séparée : l'approche économique de la production du service et de sa redéfinition ; l'approche psychosociale des interactions et du travail dans les conditions de ces nouveaux services qui peuvent fonctionner en réseau ; l'approche des sciences de l'information et de la communication sur les usages des TIC. L'intrication étroite de ces approches différentes devait nous permettre de repenser le service, l'émergence de nouveaux services et, par là aussi, la conception des usages des nouvelles technologies.

Pour travailler ces hypothèses, il fallait constituer un consortium de recherche pouvant mobiliser ces diverses approches. Les chercheurs de trois laboratoires¹ ont collaboré à ce projet. La convergence des approches s'est réalisée, d'une part, à travers la conduite en parallèle de travaux sur les terrains d'observation² et, d'autre part, en prévoyant des temps de débat entre les points de vue. Cette confrontation des perspectives a été organisée en deux temps. Un premier temps préalable aux travaux d'investigation de la première année a été celui d'un séminaire interne où ont été examinées les problématiques et méthodologies des questions d'information, savoir, connaissance, celles de l'efficacité et de l'évaluation dans les services et enfin celles relatives aux terrains d'étude (secteur de la santé et secteur de la banque). Un deuxième temps de débat a été organisé sur la base des résultats partiels de la première année d'investigation. Il a pris la forme d'un séminaire pluridisciplinaire ouvert à d'autres chercheurs et professionnels qui a traité de trois thèmes particulièrement présents dans les résultats des travaux : les questions relatives au travail coopératif et aux réseaux, aux systèmes d'information et à l'analyse de processus, et à la question de l'évaluation du service.

¹ Michèle Grosjean, GRIC (UMR CNRS 5612), Université Lyon2-Lumière
André Barcet, Joël Bonamy, GATE (UMR CNRS5824), Université Lyon2-Lumière
Fabienne Martin, LIMSIC (Laboratoire sur l'Image, les Médiations et le Sensible en Information Communication) EA
572, Université de Bourgogne

² Avec l'aide des travaux d'étudiants de trois DESS (Cf. Tableau : Les travaux d'investigation)

LA CONFRONTATION DES APPROCHES

Séminaire Interne : septembre 2000 - mars 2001

1. Problématique et méthodologie des questions d'information, savoir, connaissance :

- Michèle Grosjean : "Les savoirs utilisés dans le travail"
- Michèle Grosjean : "Savoirs-Cognition : les points critiques"
- Fabienne Martin : "Coopération et collaboration à distance : l'analyse des outils du travail collaboratif"

2. Problématique et méthodologie de l'efficacité et de l'évaluation dans les services :

- A. Barcet et J. Bonamy : "Quelques éléments de problématique autour des outils d'information et de communication dans les services"
- André Barcet : "Les approches économiques de la firme : connaissances et compétences dans la théorie des ressources et la théorie évolutionniste"
- Yves Lespagnol : "Système d'information et progiciels intégrés dans les entreprises"

3. Les questions posées par l'application aux études de cas :

- + L'hôpital : • Joël Bonamy : "Efficacité-Services-Réseau : la question de l'évaluation de l'efficacité d'un système de soins localisé"
- + La banque : • Nacer Bernou : "Les approches des mutations du système bancaire"

Séminaire ouvert : décembre 2001 - février 2002

1. **Le travail coopératif et les réseaux** (Discutant : Michèle Lacoste, Paris XIII)

- Michèle Grosjean : "Le travail coopératif et les questions d'articulation à l'hôpital"
- Dominique Cardon (CENT) : "La gestion coopérative des activités, illustration à partir d'une recherche sur la gestion coopérative des factures"
- Marie-France Peyrelong (ENSIB) : "Coordination et/ou coopération dans l'activité concrète de travail à partir d'une approche « par le document »"

2. Système d'information et analyse de processus (discutant : Valérie Botta, PRISMa, INSA-Lyon)

Joël Bonamy : "Systèmes d'information : les activités de service sont-elles à part ?"

Cyril Chaux (animateur réseau) et Jean-Christophe Tambolini (responsable du service informatique), Centre Hospitalier de Mâcon : "Crossway, présentation du logiciel, philosophie du choix du logiciel et de sa mise en œuvre au Centre Hospitalier de Mâcon"

Patrick Gilbert (Entreprise et Personnel) : "Systèmes de gestion intégrés et changement organisationnel : quelles transformations dans l'entreprise et dans la gestion des ressources humaines ?"

3. La question de l'évaluation (discutant : Lionel Perrier, Centre Léon Bérard)

Dominique Vinck, CRISTO (Innovation Socio-Technique et Organisations) : "Démarches Qualité dans les services de soins"

André Barcet et Joël Bonamy : "Du contrôle au pilotage : quelles dimensions de l'évaluation d'un système de soin ouvert ?"

Évolution de la recherche

Deux terrains ont été retenus compte tenu de l'importance des changements qui étaient conduits en lien avec l'introduction des usages des TIC : l'hôpital de Mâcon où une nouvelle conception de la communication était en cours autour d'un "portail" sur Intranet ; un établissement bancaire, le Crédit Mutuel du Dauphiné et du Vivarais où étaient engagés à la fois un fort développement des usages des outils TIC et l'expérience du lancement de la banque à distance. Les investigations ont été particulièrement approfondies sur l'hôpital et le réseau ville-hôpital. Elles ont conjugué des investigations ethnographiques suivant l'approche interactionnelle/communicative et des investigations qualitatives des discours des décideurs. En revanche, les opportunités et la conjoncture (en particulier, le passage à l'Euro) ont été moins favorables pour la recherche sur la banque. Il n'a pas été possible de pousser aussi en profondeur les investigations. Le chapitre 3 rend compte de ces difficultés.

LES TRAVAUX D'INVESTIGATION

Rapports sur l'hôpital de Mâcon et le réseau Ville-Hôpital:

Vitel P., 2001, "*La mise en réseau dans le système de soins français : le cas du réseau ville / hôpital de la ville de Mâcon*", DESS Innovation et Intelligence Economique (2IE), Université Lumière Lyon 2, CNRS

Bianucci G., 2001, "*Outils d'information et de communication à l'hôpital de Mâcon*", Rapport de stage d'étude DESS Psychologie du travail, Université Lumière Lyon 2, CNRS

Chaux C., 2001, "*Les NTIC dans la circulation de l'information. Le portail EXTRANET du centre hospitalier de Mâcon*", Rapport de stage d'étude DESS Psychologie du travail, Université Lumière Lyon 2, CNRS

Broux J.F., 2001, "*Intranet, outil de communication interne : problèmes d'appropriation, l'exemple de l'hôpital de Mâcon*", DESS Communication, Université de Bourgogne UFR Langues Communication, CNRS

Henry, J. 2002, "*Activités de coordination d'un réseau de soins. Le cas du réseau Ville Hôpital de Mâcon*". Mémoire de maîtrise de Psychologie sociale. Université Lyon 2.

Rapports sur la banque :

Dubien A., 2001, "*L'impact des NTIC dans le secteur bancaire*", GATE et GRIC, CNRS

Beaubert S., 2001, "*Optimiser Internet dans la politique de distribution d'une banque à réseau*", Rapport de stage, DESS Innovation et Intelligence économique (2IE), Université Lumière Lyon 2, CNRS

Sur les deux terrains, la première phase de la recherche a été consacrée à une investigation interne à l'organisation. Elle a porté sur les technologies, les outils utilisés et les transformations organisationnelles à l'œuvre. Les TIC paraissent avoir un rôle important mais qui n'est pas déterminant.

Sur les deux terrains, les technologies sont fortement développées, les usages sont importants, notamment dans tous les processus internes (*workflow*, dossier médical, administration des entrées, des services des rendez-vous à l'hôpital ; application dans les agences bancaires aux métiers de front office, développement de canaux d'accès et de distribution nouveaux). Mais elles restent sous-exploitées pour partie. C'est le cas en particulier des applications qui pourraient porter sur les connaissances produites par les acteurs (comme les connaissances produites par le travail des infirmières à l'hôpital ; ou comme les connaissances produites par le travail des chargés de clientèle dans les agences bancaires).

Ces conclusions de la première phase nous ont convaincus de la nécessité de mettre l'accent sur les aspects les plus innovants qui nous paraissaient émerger de la pratique de la production en réseau.

Une deuxième phase d'investigation a permis d'approfondir dans le réseau Ville-Hôpital de Mâcon les éléments de la problématique sur la mobilisation des connaissances, sur l'émergence de nouveaux services et sur le rôle que la communication des connaissances joue dans la reformulation du service.

Plan du rapport

Le rapport est organisé en trois parties.

La première partie analyse les aspects d'un nouveau type de service qui semble émerger à travers les pratiques nouvelles qui se développent sur les deux terrains d'investigation. La mutation du service est caractérisée par trois dimensions : un service global pour le client, une re-formulation de la composition de l'offre, une dimension sociale et collective du service.

La deuxième partie est consacrée aux deux terrains d'étude.

Le chapitre 1 étudie les liens entre informatisation, service au patient et travail collectif à l'hôpital de Mâcon et dans le réseau Ville-Hôpital. Cette question est d'abord abordée à l'intérieur de l'hôpital. L'usage des outils est analysé dans ses implications sur le partage des connaissances, la production de connaissances, la coordination, et la coopération. Elle est ensuite étudiée au travers des nouveaux modes de production du service qu'implique le travail en réseau. Bien que cette activité en réseau soit encore relativement peu informatisée, les outils existent (Portail) et l'informatisation et l'organisation du service sont menées relativement de pair. L'interrogation porte sur la manière dont se construisent simultanément des pratiques nouvelles en matière de soins et des modes de communication et de coopération spécifiques dans le cadre du Réseau Ville-Hôpital.

Le chapitre 2 analyse la place de l'usage des technologies dans l'adaptation des banques aux transformations du contexte de leur activité. L'analyse des cas de trois banques de détail à réseau d'agences montre que la généralisation de l'utilisation des TIC ne semble pas s'accompagner d'une remise en cause de l'organisation globale ; il y aurait plutôt superposition des moyens techniques de traitement et de communication à l'organisation traditionnelle des banques. Cependant, l'implantation des moyens techniques dans les fonctions et métiers de *front office* permet d'agir sur certaines caractéristiques de l'offre de service. L'analyse montre comment l'usage des outils TIC et l'ouverture d'un nouveau canal de communication avec les clients (la banque à distance) modifient la gestion de la relation au client et quels sont les enjeux qui émergent en termes de gestion de connaissance, notamment pour les personnels de contact.

La troisième partie est consacrée aux interrogations qui sont nées de la recherche sur le réseau Ville-Hôpital. Ces interrogations concernent l'émergence d'un nouveau modèle de service.

Le chapitre 1 analyse les problèmes de coordination et met en évidence les conditions de fonctionnement d'un processus d'offre de service « global ». En s'appuyant sur l'étude de la pratique du « réseau ville-hôpital », il fait l'hypothèse d'une véritable « innovation organisationnelle de service », qui porte sur l'élaboration d'un nouveau mécanisme de coordination et de coopération, impliquant le bénéficiaire du service.

Le chapitre 2 analyse les transformations qui sont liées à la construction, mise en forme, diffusion des connaissances dans le réseau. Le partage de connaissances, de représentations, de référentiels communs apparaît être un mécanisme essentiel de la coordination en réseau. Or, produire des connaissances en réseau et mettre en œuvre une communication adaptée dont les TIC sont une dimension aujourd'hui incontournable, nécessite de nouvelles compétences, de nouveaux métiers, de nouveaux dispositifs. L'informatisation et le travail en réseau font émerger des tâches nouvelles, de nouvelles fonctions qui ont modifié les modes de travail et amené à créer de nouveaux emplois. Mais l'analyse montre aussi qu'émergent de nouveaux besoins liés essentiellement à la qualité des soins, la sécurité des patients et l'égalité d'accès aux soins ainsi qu'à la mise en place de dispositifs permettant une authentique démocratie sanitaire.

Le chapitre 3 s'interroge sur les formes que l'évaluation doit revêtir compte tenu des particularités des pratiques du réseau. Il souligne que les méthodologies d'évaluation du service public et de la santé doivent être réenvisagées pour tenir compte des spécificités d'une action qui prend en compte la singularité des patients et de leur famille, qui comporte des dimensions publiques et privées, qui articule des acteurs dont les objectifs peuvent être différents et qui relève de tutelles multiples. L'adoption d'une méthodologie d'évaluation constructive et pluraliste permettrait d'aller vers une évaluation pluridimensionnelle et tirer de l'évaluation de la conduite du projet des enseignements utilisables non pas pour transférer mais pour re-construire les conditions de la structuration d'une action collective dans d'autres contextes. En ce sens, l'expérience du réseau ville-hôpital peut aussi être analysée comme un enjeu pour l'évolution du système de santé. Elle n'a pas seulement une implication technique (de technique organisationnelle), elle a également des conséquences sociales importantes.

En conclusion du rapport, il est proposé de s'interroger sur la possibilité de généraliser ce modèle de réseau. Est-il situé à l'émergence d'un « nouveau modèle productif de service » ? Ses dimensions forment-elles système et peuvent-elles devenir porteuses d'un modèle de production d'un service global, à fortes dimensions privées mais qui a aussi des dimensions collectives et sociales intégrées ?

DARES : Connaissance et communication, Conditions d'une efficacité de la production de service

RAPPORT FINAL DE LA RECHERCHE

PARTIE I :

MUTATION DU SERVICE,

VERS UN SERVICE GLOBAL

L'observation des deux champs (banque et hôpital) nous conduit à mettre l'accent sur une mutation importante qui concerne le service rendu. Cette mutation est dans une large mesure émergente, elle implique à la fois un résultat différent (le service rendu) où le client a un rôle actif et un processus de production différent. Les TIC sont partie prenante de cette mutation, bien qu'elles n'expliquent pas l'ensemble de la transformation en œuvre. Deux dimensions complémentaires sont donc présentes, l'une s'analyse à partir du point de vue et de la présence du bénéficiaire du service (patient, client), l'autre du côté des prestataires de service. Ces deux dimensions sont en interaction, bien qu'elles ne se superposent pas totalement. Cette mutation est en partie « voulue » par les offreurs, dans le sens où ils développent des stratégies et des moyens, mais elle est aussi une résultante qui dépasse largement les intentions et les perspectives des acteurs.

Nous analyserons cette mutation en faisant l'hypothèse que se cherche un « service global » qui a une dimension privée et une dimension collective et sociale, sachant que la dimension privative et singulière prend de l'importance. L'émergence concrète de ce service rendu implique à son tour une composition et une recomposition de l'offre, dans le sens où plusieurs acteurs et plusieurs processus devront se combiner pour pouvoir produire ce service global. C'est donc trois dimensions qui permettent d'analyser la mutation à l'œuvre : service global pour le client, re-formulation de la composition de l'offre, dimension sociale et collective du service. Nous pouvons alors caractériser ce service en le qualifiant de « service global privé à dimension collective, organisé en réseau. »

Pour expliciter cette mutation, nous rappellerons quelques dimensions essentielles du service, du moins telles qu'elles ont été analysées dans l'ensemble des approches qualifiées « d'économie du service¹ », ces dimensions sont toujours présentes, tout en se complexifiant. Nous présenterons ensuite les points essentiels de la mutation qui semble émerger, le repérage se faisant à la fois du point de vue du client ou de l'utilisateur et du point de vue des différents offreurs, nous montrerons en quoi les dimensions collectives et sociales sont présentes, la dimension de réseau devra alors être introduite comme forme d'organisation de l'offre. Chacun des champs d'observation peut illustrer cette mutation, toutefois l'expérience du réseau ville hôpital en est le révélateur le plus construit et le plus dynamique.

¹ Barcet, A., 1987, "La Montée des Services : Vers une économie de la Servuction", Thèse de Doctorat d'Etat ès Sciences Economiques, Université Lyon II

Gadrey J., 1992, "L'économie des services », coll. Repères La découverte

1. Les dimensions du service

Si la distinction entre bien et service est peu opérationnelle pour comprendre les évolutions économiques actuelles³, le concept de service a néanmoins une pertinence forte car il introduit des dimensions économiques, organisationnelles importantes qui tendent aujourd'hui à imprimer leurs marques à toutes les activités économiques, et ceci dans des formes et des configurations spatio-temporelles différentes. Rappeler l'essentiel de ces dimensions de « service rendu » nous semble indispensable pour repérer de manière plus précise les dimensions nouvelles qui se cherchent dans les deux champs d'observation de notre recherche.

1.1 . La dimension de co-production

L'économie du « service » signifie que l'acte de production et le résultat de cette production ne sont pas seulement le fait des offreurs, mais aussi que le(s) client(s), le(s) bénéficiaire(s) sont des acteurs des processus de production et ainsi ont un rôle actif dans le résultat final. Cette dimension signifie implicitement que l'on est sorti d'une économie dominée par l'offre qui impose ses produits ou ses services sur le marché, pour entrer dans une économie où l'on reconnaît un rôle actif et producteur de valeur au client lui-même. Les formes de cette co-production sont différentes, le degré même de co-production est plus ou moins élevé. Jougleux et Charensol⁴ ont bien montré que dans cette co-production, il y avait au moins deux cas différents à prendre en compte : ou le client est présent comme ressource dans les processus, notamment en tant que ressource informationnelle ; ou le client est l'objet, le support sur lequel porte l'activité de service, et le résultat est alors une transformation de « l'état » du client lui-même (intervention sur le corps ou l'intelligence du client)⁵.

Gadrey J., De Bandt J., 1998, « Relations de service, marchés de service » CNRS édition

² Barcet A., Bonamy J., 2000, "Opérationnalité de la notion de service : dilution ou approfondissement", *Revue d'Économie Industrielle*, n°90, 1^o Trim. 2000

Gadrey J. "L'économie des services » col. Repères La découverte 1992

Gadrey J. De Bandt J. "relations de service, marchés de service » Cnrs édition 1998

³ Barcet A., Bonamy J., 2000, "L'innovation de service : conditions macro-économiques", *Conférence internationale "Économie et Socio-économie des services"*, Roubaix, 22-23 juin

⁴ Bancel-Charensol L., Jougleux M., 1997, "Un modèle d'analyse des systèmes de production dans les services", *Revue Française de Gestion*, mars-avril-mai

⁵ Les théories de la communication ont eu la même évolution épistémologique. Aujourd'hui, l'idée que la communication est une co-construction co-émergeant de la relation est un état de fait. Ce type d'évolution de la relation se nourrit des apports de la sociologie compréhensive et de l'ethno-méthodologie.

Une des formes élémentaires de la prise en compte de cette dimension de co-production se décline aujourd'hui dans l'intention de mettre le client « au centre du système ou au cœur de la production ». Si, dans des cas fréquents, cette intention reste largement une incantation de type « marketing » sans beaucoup d'applications concrètes, dans d'autres cas, cette dimension est une donnée réelle et la présence du client comme acteur a des implications organisationnelles importantes.

1.2. Le service est un contrat réciproque

La notion de service a une implication forte dans le sens où elle focalise la relation entre les acteurs, non pas sur le transfert de droits de propriété, mais sur la définition d'un droit de créance réciproque. L'économie de l'échange, dans le cadre d'une économie de marché, est dominée par la question de la propriété de ce qui est l'objet de l'échange. La notion de propriété implique elle-même un aspect d'exclusivité dans l'usage de l'objet et un aspect de transfert de l'objet à un tiers. La catégorie de service n'est pas dominée historiquement par cette question de la propriété, elle est par contre liée aux dimensions d'interrelations personnelles, de délégation par un des acteurs de faire en sa faveur des actes et d'engagements réciproques, plus ou moins formalisés. La catégorie de « service » n'est pas non plus d'emblée dans le domaine marchand, elle a même historiquement été dominée par deux formes, celle du service domestique dans une relation forte entre le maître et le domestique, celle du service public qui implique une dimension collective. Si l'échange marchand a depuis longtemps investi la dimension de service, il n'en reste pas moins que les notions de propriété et d'appropriation ne sont pas au centre de la relation marchande. L'association entre « service » et « marchandisation » est, nous semble-t-il, toujours source d'une tension économique, sociale et organisationnelle.

La tension économique porte sur les coûts, le prix, les moyens mis en œuvre, l'activité de chacun. Le client en veut toujours plus, et l'offreur peine à préciser la limite du service à fournir. Le résultat n'étant connu et ne pouvant être apprécié qu'une fois le service terminé, la délégation implicite ou explicite qui est donnée au prestataire implique du point de vue du client que le prestataire fasse comme si c'était pour lui-même (ce qui est évidemment impossible). Autrement dit, dans une certaine mesure, du point de vue du client, la fourniture d'un service devrait se traduire par une implication totale du prestataire, quels que soient les coûts et les moyens mis en œuvre. Pour l'offreur, la relation de service est alors une source importante d'opportunisme et d'asymétrie d'informations que la théorie de l'agence⁶ a particulièrement mis en évidence.

⁶ Alchian A., 1965, "The Basis of some recent Advances in the Theory of Management of the Firm", *Journal of Industrial Economics*, November, pp. 30-44

Dans la réalisation du service, les dimensions d'interrelations entre les acteurs sont porteuses de tensions sociales. Les analyses concrètes de service les ont souvent mises en évidence, notamment en termes de compétences comportementales ou de savoir-être, qui sont des compétences difficiles à évaluer par les psychologues, et qui impliquent des processus d'apprentissage différents des compétences techniques. C'est la personnalité même des acteurs qui est en jeu. Ces dimensions psychologiques et sociologiques sont partie prenante de la production et de la qualité du résultat obtenu.

La présence du client dans la réalisation du service est porteuse de tensions organisationnelles. Car les actes que les clients accomplissent, les comportements qu'ils adoptent (du fait de la présence simultanée de plusieurs clients) de manière explicite ou non, de manière volontaire ou non, interagissent entre eux et avec les personnels prestataires de service. La production de service ou du moins une partie de la production de service ne peut être isolée et se dérouler en vase clos. On est souvent loin du monde organisationnel rationalisé souhaité par les ingénieurs concepteurs de la production industrielle. Dans l'industrie, il est clair que le monde rationnel de la production parfaitement optimisée et régulée n'a jamais existé (et sans doute n'existera jamais), toutefois cette production "propre et optimale" est toujours l'objet d'une recherche constante, c'est l'idéal-type que les ingénieurs-concepteurs cherchent à produire, la mécanisation, l'automatisation, puis la production en « salle blanche » ont constamment cherché à se rapprocher de l'idéal-type.

La relation de service, avec sa dimension interpersonnelle, temporelle et spatiale, ne peut se concevoir dans un monde « idéal ». Nous sommes loin du modèle mathématique de la communication de Shannon et Weaver. Certaines activités de service ont depuis longtemps cherché à opérer une coupure entre la production et la délivrance et donc à déconnecter la production du service du service rendu à un client concret. La séparation entre le back office et le front office est la forme dominante de cette séparation. Il reste néanmoins que le back office produit toujours les conditions du service et non le service lui-même, le moment de vérité que Eiglier et Langeard⁷ ont qualifié de « servuction » reste toujours présent, même si les offreurs cherchent constamment à la minimiser.

L'ensemble de ces tensions trouve partiellement une solution dans la définition des engagements réciproques. Alors que le droit de propriété porte sur l'objet de la propriété, indépendamment des acteurs qui produisent ou utilisent l'objet, le droit de créance est circonscrit aux relations qui se nouent entre les acteurs, et il disparaît lorsque les effets de la relation sont achevés. Chaque contrat

⁷ Eiglier et Langeard, 1987, *Servuction, le marketing des services*, Mc Graw Hill
Coriat B., Weinstein O., 1996, *Les nouvelles théories de l'entreprise*, Éditions Livre de Poche

de service va donc de manière plus ou moins précise spécifier le contenu des engagements réciproques. Ces engagements sont souvent le résultat d'une longue évolution historique qui a défini pour chaque métier ce qui se fait. Ce contrat explicite ou parfois implicite n'épuise évidemment pas l'ensemble des éléments qui instituent la relation de service et la confiance réciproque entre les acteurs. Dans certains métiers, ces engagements sont devenus les normes de la profession.

1.3. La valeur du service est dans ses effets

La troisième dimension du service concerne ce qui fait sa valeur. Le service en tant qu'activité est à classer dans la catégorie des moyens nécessaires pour obtenir un effet souhaité. Autrement dit, personne n'est intéressé directement à obtenir un service, chacun est intéressé à atteindre un état ou une situation jugée souhaitable, ce qui implique que le service n'est pas recherché en lui-même en tant qu'activité. Ce n'est pas le service qui est souhaité, c'est l'effet du service à court et moyen terme. Cette question de l'effet du service a comme conséquence que la problématique bascule d'une logique de résultat immédiat (le bien produit, le service accompli) à une logique liée au processus socio-économique du client, ce que nous avons appelé le processus d'utilisation. L'évaluation du service peut évidemment porter sur le processus de production du service (les délais, les coûts, la qualité et la qualification des opérateurs, le contenu des actes), mais la seule évaluation qui intéresse le client, c'est celle de ses effets sur lui-même, sur les objets qu'il utilise ou sur le système qui le concerne. Cette évaluation de l'effet ou des effets du service implique de prendre en compte des dimensions multiples qui concernent le client : sa personnalité, son histoire, les relations qu'il noue, les outils et les processus qu'il développe dans sa vie personnelle et sociale. Cet ensemble forme un tout, certes plus ou moins cohérent ; c'est ce tout que nous qualifions de «système du client». Dans cette production d'effets, la valeur produite dépend évidemment de l'offreur de service, mais aussi des activités et des processus que le client met en œuvre seul ou collectivement. La valeur du service ne se mesurant que par les effets produits dans le système du client, celui-ci est donc co-producteur de cette valeur.

Si la valeur du service est liée à ses effets, il faut évidemment souligner que ces effets sont de nature différente et sont plus ou moins importants selon le type de service. Certains effets ont une durée de vie courte, d'autre au contraire une durée de vie très longue. Il n'y a pas de commune mesure entre un retrait d'espèces à un guichet bancaire et une opération chirurgicale ou une formation professionnalisante. Autrement dit, l'important pour le client, pour le fonctionnement de son système de vie et de relation sera à définir selon chaque service concret qui sera offert.

1.4. Conclusion

Les trois dimensions du service (co-production, créance réciproque, valeur des effets) que nous venons d'évoquer sont complémentaires et intimement liées, elles font en quelque sorte système. Ces dimensions ne définissent pas l'activité de service, en tant que processus réalisé par un prestataire, elles concernent le service du point de vue du client, le service rendu ou encore l'aboutissement et la finalité du service.

Dans une telle problématique, la distinction entre bien et service perd dans une large mesure de l'importance, l'enjeu porte principalement sur la nature et les spécificités de la relation et des engagements qui se nouent entre offreur et demandeur. L'obtention de l'effet désiré passe par des combinaisons multiples et variées de biens et de services, l'engagement de l'offreur ne porte pas alors sur le transfert d'un droit de propriété, même si celui-ci peut exister, il porte sur les effets anticipés produits en faveur d'un client.

2. Les tendances de mutations du service

L'apparition et le développement de nouvelles technologies ont toujours été dans l'histoire passée porteurs de nouvelles potentialités qui vont modifier à la fois les offres et les modes de vie, les modes de consommation ou/et les modes de production. Les TIC n'échappent pas à cette règle générale. Ses potentialités sont par définition des champs ouverts et partiellement orientés, ce sont les acteurs économiques qui vont par leurs choix définir les configurations historiquement datées qui vont devenir dominantes. Ce ne sont pas seulement les technologies qui vont expliquer et définir les nouvelles orientations et les nouveaux choix qui s'effectueront ; d'autres contraintes ou d'autres dimensions vont participer à ces orientations. Les chapitres suivants de ce rapport, en examinant chacun des champs de notre observation, expliciteront certaines des contraintes qui peuvent orienter les utilisations des TIC et par là configurer les processus à l'œuvre ainsi que leurs conséquences économiques et sociales. L'intérêt de la phase actuelle tient sans doute au fait que le processus d'innovation est en train de se faire, que les choix ne sont pas totalement figés, qu'il y a donc des possibilités d'orienter au moins partiellement les configurations possibles.

Un aspect fondamental des mutations à l'œuvre nous semble concerner une mutation du service lui-même, ce qui peut correspondre à une redéfinition du service, même si des prémisses de cette redéfinition existaient dans les phases antérieures. Nous qualifierons cette redéfinition à partir du concept de « service global » ou encore de service composite. Cette redéfinition comporte deux

tendances : l'une doit être envisagée du point de vue du client ou de ce que nous avons appelé plus haut le système du client ; l'autre du point de vue des offreurs. Elles se recoupent et donnent une unité à l'ensemble du mouvement mais elles se distinguent et s'opposent parfois.

L'aspect, sans doute paradoxal, de cette redéfinition du service, c'est qu'elle est à la fois visible et en creux des mutations qui existent. Elle est visible, dans le sens où des comportements de clients se modifient, où leur rôle d'acteurs, qui a certes toujours existé, devient plus conscient, plus volontariste et aussi plus exigeant. Ceci amène alors les offreurs à reconnaître, parfois de manière timide, cette place active du client et en conséquence les offreurs commencent à définir leur offre dans cette nouvelle perspective. Mais elle est aussi en creux, dans le sens où cette redéfinition n'est pas totalement voulue, elle est en quelque sorte la résultante de certains choix, du processus d'innovation lui-même qui conduit les acteurs à expérimenter une nouvelle dimension dont ils n'ont pas nécessairement une perception claire de toutes les implications qu'elle peut avoir.

2.1. Le service global du point de vue du client

Du point de vue du client, la mutation qui nous semble à l'œuvre concerne ce que nous appellerons la recherche d'un service global, dont l'objectif est d'obtenir l'ensemble des effets utiles qu'il peut souhaiter. Autrement dit, le client a et sans doute aura de moins en moins tendance à raisonner en fonction des biens ou/et des services singuliers que le marché lui offre de manière segmentée, chaque bien ou service se présentant indépendamment des autres. Le client commence à rentrer dans une problématique d'une fonction à réaliser, d'une contrainte à lever, d'un problème à résoudre. L'effet ou les effets qu'il recherche sont perçus dans cette dimension globale. Cette évolution a sans doute été perceptible historiquement d'abord au sein des clients entreprises ou organismes institutionnels (par exemple, l'enjeu n'est pas d'obtenir un service de transport de marchandises, mais d'optimiser la fonction logistique où le transport de marchandises n'est qu'un moment de la réalisation de cette fonction). Une telle tendance semble émerger aussi du côté du client individu ou de la famille.

Que signifie le service global dans les deux champs d'observation qui nous concernent ?

Pour le patient, l'effet recherché c'est en premier lieu son état de santé et plus précisément l'amélioration de son état de santé physique ou psychique ou, pour le moins, de pouvoir supporter dans des conditions humainement acceptables son mauvais état de santé et parfois son risque de mortalité. Ceci implique pour lui des dimensions multiples, certaines concernent directement sa corporéité, d'autres ses conditions psychologiques et matérielles de vie, les conditions familiales et relationnelles avec ses proches et son environnement, d'autres enfin

concernent la nature, la fréquence, la qualité des actes faits en sa faveur et sur lui-même. Ces dimensions sont en étroite relation.

Pour le client de la banque, le service global peut être défini au niveau général de la gestion de son patrimoine financier. Elle comprend une dimension personnelle et institutionnelle (carrière, métiers, protection sociale), elle porte sur la capacité de pouvoir d'achat et de maîtrise des risques de ce pouvoir d'achat à la fois dans une temporalité qui est sa vie, dans une dimension familiale et donc de transfert inter-générationnel, dans une situation d'incertitude à court et à long terme tant sur ses niveaux de rémunération que sur les risques liés à la possession de la monnaie ou sur les risques des marchés monétaires et financiers. Ce service global pour le client (individu, famille, entreprise) peut se décliner en sous-objectifs distincts, mais en interaction : gestion assurancielle, gestion de patrimoine, gestion de trésorerie, gestion des instruments monétaires ...)

Cette notion de service global du point de vue du client implique deux dimensions connexes. D'une part le client détient une capacité de définir les différents éléments qui vont lui permettre de réaliser concrètement son service global. Il a donc un rôle de maître d'ouvrage⁸ dans le sens où le « panier » de services qu'il mobilise est le résultat de son choix. Il ne faut pas se référer à un client qui serait nécessairement hyper rationnel, doué d'une capacité d'expertise dans tous les domaines ou capable de résister à toute forme de pression. Il suffit de penser ce client comme un acteur soucieux de sa liberté de choix, même si celle-ci est en grande partie factice. Il se veut et se revendique comme un acteur. Une telle dimension se profile, elle est liée à la montée d'un certain individualisme, qui conduit l'individu à revendiquer son « originalité » ; elle est liée également à une amélioration du niveau de connaissances générales qui permet à chacun d'avoir un avis, même mal fondé ; elle est liée à la remise en cause, au moins partielle, de la notion d'expert, comme ayant une vision certes utile, mais segmentée, partielle, sur une réalité.

Les TIC ont des effets sur cette dimension, car elles multiplient la capacité de connaissance de l'individu et apportent des connaissances utiles. Dans le milieu de la santé comme dans celui de la banque, les professionnels sont de plus en plus souvent confrontés à des interlocuteurs qui ont des niveaux de connaissance élevés dans certains domaines, même si ces connaissances ne sont pas toujours cohérentes et complètes. Dire que le client devient maître d'ouvrage de la solution qu'il juge adaptée à son problème, ne signifie pas qu'il va faire lui-même, cela signifie qu'il va déléguer des parties ou la totalité de la solution, ceci dans des configurations multiples et changeantes dans le temps.

⁸ Une notion proche a été proposée par Rochefort, sous la notion de consommateur entrepreneur. Rochefort R., 1997, *Le consommateur entrepreneur*, Éditions Odile Jacob.

D'autre part, le client a une capacité d'évaluation des résultats obtenus, cette capacité est certainement très partielle, dans la mesure où les indicateurs qu'il a à sa disposition sont souvent très limités. Son évaluation reposera sur sa satisfaction personnelle, sa perception du service rendu, sur la comparaison par rapport à des perceptions d'autres services et des perceptions faites par d'autres acteurs dans son environnement. Les critères de jugement du client sont souvent difficiles à connaître et à faire exprimer, des éléments parfois anodins peuvent prendre beaucoup d'importance selon son point de vue.

De ce rôle actif du client dans le choix des services qu'il va mobiliser et dans le jugement qu'il porte sur les résultats obtenus, nous pouvons tirer quelques conséquences sur le plan économique :

- La mobilité du client : le choix des solutions adoptées par le client peut facilement être remis en cause, en fonction de perceptions changeantes de son problème et/ou du contexte du problème. En conséquence se pose pour l'offreur une redoutable question de la fidélisation du client et de l'importance d'un ensemble d'investissements (notamment en termes de connaissances) faits à propos d'un client donné.⁹
- La question de la confiance : la confiance a toujours été un élément central dans le service, dans la mesure où la connaissance de ce que sera le service effectif ne peut se faire qu'une fois celui-ci achevé et une fois que les effets sont perceptibles, et ceci est de plus accentué si les effets du service ne sont pas réparables. Dans la mutation envisagée, la confiance conserve un rôle central, mais elle n'est plus acquise de manière durable, comme cela pouvait être le cas dans le passé dans certains types de service (c'était le cas de la banque et aussi dans certaines professions médicales). La confiance est à construire en permanence et le jugement sur le service rendu est en quelque sorte permanent.
- La question de l'information et de la connaissance : offrir un service, ce n'est plus seulement (pas seulement) réaliser un ensemble d'actes en faveur du client, c'est aussi expliciter, expliquer, justifier les choix que l'on fait, c'est accroître le niveau de connaissance du client, c'est développer sa capacité d'expertise du domaine qui le concerne. On le voit ceci implique un travail explicite, précis, d'information et de communication.

Nous préférons la notion de maître d'ouvrage dans le sens où elle n'implique pas la notion de faire, d'entreprendre, ou d'organisation de moyen.

⁹ On peut par exemple penser à l'investissement en connaissance fait traditionnellement par le médecin familial concernant l'histoire de l'individu et de la famille. Les formes de paiement (particulièrement le paiement à l'acte), la valeur reconnue à chaque acte auront évidemment des conséquences sur la possibilité de capitaliser les connaissances. L'idée actuelle d'instaurer un médecin référent pour chaque famille implique une forme de rémunération de cet investissement.

- La question de la délégation et donc des relations de pouvoir entre les acteurs a tendance à se modifier. Cette question de la délégation est liée à la question du contrat de créance que nous évoquions plus haut. Dans les services observés, cette question de la délégation était souvent dominée par un rapport de force en faveur de l'offreur (le rôle souvent contraignant du banquier, l'importance du pouvoir médical pour le malade). La mutation à l'œuvre à l'évidence ne supprime pas ce pouvoir fort, mais tend néanmoins à le déplacer en partie et à le rééquilibrer en faveur du client ou du patient.

Souhaiter, définir, évaluer un service global pour un client, c'est toujours chercher un ensemble de solutions à des questions, des problèmes, des contraintes, des besoins qui sont présents ou anticipés. La nouveauté dans les comportements tient au fait que le client ne se contente pas de prendre la ou les solutions imposées par l'offreur. Il se sent, il se croit capable de définir dans une certaine mesure ce qu'il juge utile pour lui-même. Il se veut libre de son choix et se pense responsable de ses choix. Cette fonction de maître d'ouvrage le conduit à définir de manière plus ou moins précise, plus ou moins consciente des solutions acceptables. Ces choix sont faits en tenant compte de tout ce qu'il est, de son histoire personnelle et familiale, de son individualité, mais aussi de son entourage, de sa structure familiale, de son anticipation du futur. Il ne s'agit pas de discuter de la rationalité des choix, de la pertinence des compétences et des connaissances. Il s'agit seulement de prendre acte que le décideur choisit non pas des éléments de solution, mais perçoit d'abord un ensemble d'effets satisfaisants attendus et définit en conséquence les éléments de solution qui lui semblent performants pour atteindre un objectif, souvent imprécis.

Cette notion de service global implique donc une dimension de certitude et d'incertitude, de sécurité et de risques pris. On pourrait sans doute dire que ces deux aspects : certitude et incertitude, sécurité et risques sont des dimensions fondamentales de ce qui fait le prix et la valeur de la vie humaine. En ce sens là, ils sont incommensurables et incontournables.

2.2. Le service global du point de vue de l'offreur

Cette notion de « service global » concerne également les offreurs. Le service est toujours un acte ou un ensemble d'actes¹⁰ réalisés en faveur de quelqu'un. Ces actes s'organisent en activités et processus pour obtenir un résultat final, qui a une valeur pour un client. La pratique traditionnelle,

¹⁰ Nous définirons une activité comme un ensemble de tâches, basées sur un savoir-faire homogène et spécifique, mis en œuvre par un individu ou un groupe d'individus, le processus comme un ensemble d'activités regroupées entre elles qui conduisent à obtenir un résultat final matériel ou immatériel, qui représente une valeur pour un client. Ici la notion d'homogénéité a disparu, les activités sont de nature différente, les savoir-faire également, la valeur du résultat final est la combinatoire de toutes les activités nécessaires. Cette définition est prise chez Lorino, 1991, *Méthodes et pratiques de la performance*, Éditions de l'Organisation (1991).

développée dans la longue histoire du capitalisme, a toujours été celle de la segmentation et de la division du travail, comme base de la performance et du contrôle des activités. Cette division du travail conduit à une séparation fonctionnelle, dans le sens où une activité aura comme rôle de réaliser une fonction donnée, et à une séparation sectorielle, dans le sens où des secteurs d'activité différents émergent, chacun apportant sur le marché une marchandise différente. Cette division du travail est à la fois technique (dans le sens des métiers utilisés) et sociale (dans le sens d'une séparation des branches d'activité). Cette double séparation définit à la fois les différents métiers, la séparation des opérateurs entre eux et les différentes filières qui permettent d'organiser et de hiérarchiser les différents résultats entre eux. Cette division conduit alors à des cloisonnements entre les entreprises, à des questions d'articulation des résultats partiels obtenus par chaque unité opérationnelle, par des questions de rapports de pouvoir et de partage de valeurs dans la chaîne globale des activités. Ces formes de division ne sont pas identiques selon les activités, leur histoire et les opportunités technologiques.

Quelles sont les formes traditionnellement dominantes des divisions d'activités dans les deux champs d'observation qui nous concernent?

Dans le système hospitalier, la division la plus importante est l'unité de soin. Elle est basée sur la spécialité médicale, qui renvoie, d'une part, à un type de connaissances spécifiques, à des compétences et des savoir-faire relativement identifiés, même s'ils évoluent constamment ; et, d'autre part, à une division hiérarchique où le pouvoir du médecin chirurgien, détenteur des connaissances et des savoir-faire est dominant. Les divisions fonctionnelles sont toutes secondaires et en quelque sorte subordonnées à la division primaire en termes de typologie des soins. Entre les unités de soins, il y a sans doute une hiérarchie implicite, non écrite, en fonction d'une certaine « noblesse » de certaines spécialités, tenant à la fois à une image historique de ces spécialités, à la typologie des patients traités (enfance, adulte, vieillard), mais aussi à une difficulté plus ou moins grande des connaissances nécessaires. Cette division hiérarchique implicite des unités de soins entre elles a des incidences, non seulement sur l'image et la réputation, mais aussi sur l'affectation des moyens, particulièrement sur les investissements en moyens affectés à telle ou telle unité.

Dans le système de la banque, les divisions sont sans doute moins simples à appréhender, plusieurs critères étant combinés. Il y a à la fois une division fonctionnelle en raison d'une segmentation des types de problèmes à traiter, renvoyant, comme à l'hôpital, à des connaissances et compétences spécifiques. Ce sont, par exemple, les fonctions de gestion du patrimoine, de gestion des crédits, de gestion des moyens de paiement, de gestion assurancielle (elle-même subdivisée selon des types de risques : vie, retraite, responsabilité, biens meubles ou immeubles...). Une autre division concerne la typologie de la clientèle : clientèle d'affaires par opposition à la clientèle de particuliers ; segmentation selon l'importance relative dans chaque sous-ensemble du client (par exemple dans une clientèle de particuliers avec patrimoine important

ou nul, particuliers à revenus élevés, moyens ou faibles). Ces deux types de division s'articulent dans une division hiérarchique et spatiale des activités, en particulier dans les banques à réseau avec des rôles différents attribués à l'agence locale et aux échelons de direction régionale ou/et nationale. Les décisions prises sont donc traitées différemment selon le type de fonction et le type de clients. Chaque banque a sa propre articulation et division interne.

La tendance dominante était donc historiquement un certain cloisonnement et de faibles relations entre les unités et les fonctions. Définir un service global de la part de l'offre conduit dans tous les cas à reconsidérer les divisions existantes et à reformater l'ensemble des organisations. Les raisons de ces redéfinitions sont sans doute nombreuses. Une des premières raisons est probablement celle de la perception d'une multitude de dysfonctionnements et de coûts dus en particulier à ces cloisonnements. La pression concurrentielle, la contrainte budgétaire conduisent à accentuer la recherche de performance et la chasse à tous les coûts inutiles. Une deuxième raison, et les TIC sont de ce point de vue une opportunité, concerne, de la part des directions, une recherche d'une plus grande transparence et d'une certaine lutte contre toutes « les féodalités » que la division du travail pouvait implicitement favoriser. L'idéal type devient alors une gestion transparente des flux informationnels. La gestion des activités se ramène à une gestion des flux informationnels qui vont alors avoir tendance à structurer les processus, les activités et les tâches dans un continuum organisé. Une troisième raison peut également être évoquée dans certains cas, c'est une certaine pression du client qui souhaite avoir un interlocuteur unique dans sa relation avec l'entreprise. Définir un service global conduit à penser et repenser les activités et surtout leurs articulations. Le concept de processus devient alors le concept central, dans la mesure où il implique l'association d'activités différentes, de liaisons entre ces activités pour obtenir un résultat final, qui seul a de la valeur pour le client. Les formes précises de ces configurations sont différentes selon les services, mais aussi et surtout selon la vision stratégique de chaque acteur.

Quelles reconfigurations d'activité dans les deux champs d'activités qui nous concernent ?

Dans le cas de l'hôpital, cette reconfiguration prend principalement deux grandes orientations nées d'une problématique commune. La problématique commune concerne l'idée de mettre le « patient » au cœur du système. Il s'agit donc d'une volonté stratégique. Elle se traduit d'une part par la mise en place d'un flux informationnel sur le parcours du patient au sein de l'hôpital qui tend à structurer les relations entre les différentes unités et fonctions. D'autre part, dans certains cas seulement, elle se traduit par la mise en place du réseau « ville hôpital clinique » qui organise l'intervention coordonnée de plusieurs types d'acteurs autour du patient et de sa famille pour permettre la continuité des soins et des traitements dans un contexte familial.

Dans le cas de la banque, deux dimensions sont présentes : d'une part, la possibilité pour le client d'utiliser plusieurs canaux différents pour avoir accès à la banque : guichet de proximité, Internet, minitel, videotel, libre service ; et, d'autre part, l'organisation pour qu'un chargé d'affaires soit attaché à chaque client (au moins pour certains des clients) indépendamment du type de questions et de problèmes que les clients viennent chercher.

Dans les deux cas évoqués, la notion de service global signifie donc de penser le service offert comme un ensemble d'activités cohérentes et articulées entre elles, faisant l'hypothèse que le client est concerné par l'ensemble et que la valeur qu'il va retirer du service n'est pas liée à chaque activité isolée, mais bien à l'ensemble et à la combinatoire de ces activités.

3. La question sociale et collective du service

De très nombreux services ont, dans leur histoire et dans leur fonctionnement, des dimensions sociales et collectives. C'est le cas des deux ensembles de services de notre champ d'observation. La question des soins s'inscrit dans une dimension de santé publique, qui concerne l'ensemble des citoyens, dans une dimension sociologique et familiale qui concerne les conséquences de la maladie dans l'environnement proche du malade, dans une dimension psychologique et philosophique, notamment dans la relation à la mort. La question de la gestion de l'argent pourrait sembler plus banale, mais les aspects sociaux et collectifs sont aussi intimement présents. La monnaie est non seulement l'instrument du pouvoir d'achat et, par là, de la dynamique économique actuelle et future, mais aussi un artefact qui structure de manière fondamentale les rapports entre les hommes.

Certes dans les formes concrètes, les actes de soin et de gestion monétaire sont divers, de complexité différente et les dimensions sociales et collectives s'expriment selon des degrés différents. La marchandisation et la « privatisation » de ces services ont eu tendance à gommer ces dimensions pour inscrire le service produit dans une sphère individuelle et privative, il n'en reste pas moins que les dimensions collectives et sociales restent présentes, même si elles sont moins affirmées.

Ces dimensions collectives et sociales peuvent être analysées dans plusieurs composantes.

3.1. Composante macro-sociale

La première composante est « politique », elle implique des institutions collectives qui vont définir ce qu'implique « une bonne monnaie » ou un niveau satisfaisant de santé. Avoir une bonne monnaie, comme un bon niveau de santé est un des leviers de la croissance économique. Des instances diverses ont donc comme rôle de définir, surveiller, contrôler ce qu'implique le service rendu. Dans les deux cas, quelle qu'en soit la forme complète, des directives et des normes précises organisent l'ensemble des actes de service. Dans ce sens, la dimension individuelle et privée est fortement encadrée par l'ensemble des réglementations.

3.2. Composante d'accessibilité et d'exclusion

La seconde composante est liée aux conditions sociales d'accès à ces services. D'une part, tous les actes de service ont des coûts et des effets très différents. Il se pose donc des questions importantes d'accès plus ou moins facile à certains de ces actes de service. Des discriminations peuvent donc être importantes, elles renforcent et expliquent d'autres inégalités. Les solutions sociales sont diverses et on sait, dans le cas des soins en France, le rôle essentiel du financement solidaire et collectif de la sécurité sociale (même si certains actes de soins ne rentrent pas dans ce financement collectif). Si la gestion de l'argent est depuis longtemps du domaine du financement privé pour l'essentiel, il reste des questions collectives, comme le montre la question récurrente des paiements des chèquiers. En dehors de la question du financement, d'autres aspects sont importants dans l'accès à certains actes de service et dans les processus de production des inégalités, en particulier les questions de l'information et des connaissances. Des solutions existent mais restent peu précises. Le conseil en est une mais son financement est très variable selon les cas. Les banques, par exemple, ont des attitudes très différentes en matière de conseil, la dimension gratuite est seulement présente pour certaines opérations (ex. du conseil en fiscalité d'impôts sur les revenus). Dans le domaine des soins, le conseil payant est rare.

3.3. Composante de proximité

Dans la période actuelle, de nombreux services à dominante collective (notamment les services de réseaux physiques) sont en cours de transformation dans le cadre de leur privatisation. La dimension sociale et collective reste néanmoins présente, dans la notion de service minimum ou de service universel. La question est présente dans le secteur bancaire, notamment pour l'accès au crédit, la possession d'une carte de paiement ayant un pouvoir d'achat minimum ou dans l'attribution d'un porte-monnaie électronique. La question du service universel est présente dans le domaine des soins par la couverture maladie universelle, mais de nouveaux domaines liés à la santé

pourraient voir le jour comme par exemple le service minimum de santé pour le maintien à domicile des personnes âgées. Les dimensions de réseau (le réseau ville hôpital que nous évoquerons plus loin) peuvent aussi poser des questions d'accès et d'exclusion. D'une manière, sans doute encore plus importante, les questions de limite dans la capacité d'offre de soins¹¹ en matière hospitalière risquent à terme de poser de redoutables questions d'accès et d'exclusion, nécessitant alors la définition d'un service minimum (on peut par exemple évoquer la question actuelle des urgences).

Une troisième composante sociale et collective concerne la dimension spatiale de proximité et la dimension familiale du service. Dans leur histoire, de très nombreux services ont eu un rôle extrêmement prégnant dans la structuration de l'espace, de la ville, du quartier. Le service de la banque se décline à la fois dans ses dimensions nationales, dans ses aspects de réseau et dans son agence locale. La banque de proximité a de ce point de vue des aspects de service public. Le service de santé est organisé dans un espace très structuré à la fois par la carte sanitaire et par plusieurs professions assurant la relation locale aux malades et à leurs familles. La disparition de certains services ne pose pas seulement la question d'un acte difficile d'accès, mais aussi la question d'un territoire vide de ses éléments constitutifs et dynamiques, territoire en voie de disparition, de désertification, qui perd alors tout attrait.

Ces services ont aussi une composante de « collectif familial » et de « collectif de proximité ». C'est sans doute moins fort dans le cas de la banque. Pour le malade, la dimension familiale et de proximité immédiate est vite présente. Le malade, à des degrés très différents selon les cas, devient un être dépendant, sa maladie exige des actes de son environnement immédiat, modifie les activités, les rôles, les temporalités pour les proches, impliquent des coûts monétaires et non monétaires non évalués. La manière de produire le service, la distribution des connaissances et des informations auront des incidences fortes sur ce collectif.

Le service de soins comme le service de la banque ont des dimensions privées, mais aussi des dimensions importantes au niveau collectif et social. La question qui se pose est de caractériser ce type de service, pour à la fois comprendre l'enjeu des mutations et poser la question des dimensions différentes de l'évaluation.

4. Le service entre « public » et « privé » :

l'économie des services en réseau

¹¹ La capacité d'offre de soins est certes définie par les instances nationales et régionales, mais l'insuffisance de capacité est aussi la résultante de politiques du passé, notamment en matière de formation et a trait à certaines spécialités, qui conduit à des pénuries de certains intervenants (infirmières, spécialistes ou médecins généralistes dans certaines régions).

Les mutations que nous avons évoquées plus haut (service global, recomposition de l'offre), associées aux dimensions collectives et sociales nous interrogent sur la caractérisation des services produits. La tradition économique oppose le service privé au service marchand, chacun relevant d'un domaine spécifique, aussi bien dans les mécanismes de financement, de définition des critères d'efficacité et de performance, dans le statut des personnels et dans l'analyse des effets et de l'appropriation de ces effets ; en conséquence les modes d'évaluation seront donc très différents. De ce point de vue, le système hospitalier appartient pour la plus grande part au domaine du service public, le système bancaire à celui du service privé. Les mutations à l'œuvre dans le domaine des soins conduit à s'interroger fortement sur la caractéristique des nouveaux services émergents. Le domaine de la mutation du service de la banque sera examiné dans un second temps, mais au préalable se pose la question d'une définition du service que nous qualifierons de **service privé à dominante collective, organisé en réseau**.

4.1. L'émergence de services en réseau, la dynamique du service global

La mutation se traduit premièrement par un rôle différent du client, du patient et de sa famille et deuxièmement par une nouvelle configuration des actes et des activités de services qui vont contribuer à l'obtention du « service global ». Pour caractériser cette mutation, nous utiliserons le concept de services en réseau.

Le concept de réseau reçoit en économie des significations sans doute très différentes¹². Il a été défini d'abord à partir de phénomènes physiques (chemin de fer, réseau d'électricité, d'eau...), puis la notion a été étendue à des associations complémentaires entre entreprises pour produire un bien final (on peut alors parler de réseau d'entreprises) ou pour décrire une entreprise ayant plusieurs agences, interconnectées entre elles¹³. Le développement des TIC permet de nouveaux modes d'interconnexion entre différents acteurs et tend ainsi à généraliser la notion de réseau¹⁴. Dans une telle évolution, la notion peut paraître peu opérationnelle, participer à des effets de mode, ou être appliquée à toute réalité. Malgré ces inconvénients, la notion de réseau nous semble d'abord renvoyer à un phénomène majeur correspondant à une réorganisation de nombreuses activités et à des mutations dans les relations entre les acteurs. C'est l'ensemble de l'économie et de la société qui est ainsi soumise à ces processus de réorganisation.

D'un point de vue analytique, utiliser la notion de réseau nécessite de préciser les points centraux qui permettent de définir le réseau et ainsi de l'opposer à d'autres formes possibles d'organisation.

¹² Curien N., 2000, *Économie des réseaux*, Repères

¹³ On peut parler d'entreprise en réseau, ainsi dans le domaine de la banque, la notion de banque en réseau renvoie à un mode de distribution des services bancaires avec une multitude d'agences de proximité.

¹⁴ La revue "Réseaux, communication, technologie, société" témoigne bien de cette extension considérable de la notion de réseau.

Trois points nous semblent mériter particulièrement l'attention :

- La notion de réseau implique **la mise en relation de plusieurs acteurs** économiques et de plusieurs processus pour obtenir un résultat donné. Cette mise en relation doit être « organisée » et donc dans une certaine mesure voulue et pensée. La technologie n'est pas strictement nécessaire pour que cette mise en relation se fasse, elle sera souvent un outil commode qui favorise la connexion entre les acteurs.
- La notion de réseau implique un **aspect de potentialité**, dans le sens où à tout moment tous les aspects, tous les acteurs, tous les processus ne sont pas nécessairement activés. Mais leur activation reste à tout moment possible selon les problèmes rencontrés ou les questions traitées. La valeur d'un réseau dépend alors de cette capacité d'activer des processus différents, de coordonner ces différents processus et de les associer.
- La notion de réseau implique **un phénomène d'externalité** au moins pour certains acteurs. Autrement dit, la mise en réseau provoque des effets favorables (ou défavorables) pour certains acteurs, et la valeur totale du réseau n'est pas l'addition simple des éléments qui le composent. En conséquence, appartenir au réseau n'est pas équivalent à ne pas y appartenir¹⁵, car choisir le réseau devient alors un choix irréversible lorsque les effets sont positifs. En ce sens, le réseau est porteur d'une efficacité et d'une performance nouvelles et supérieures à d'autres modes d'organisation. L'enjeu est évidemment de décrypter pour quels acteurs ces effets positifs sont présents.

En analysant le réseau à partir de ces trois composantes analytiques, nous qualifions donc le réseau comme une forme d'organisation qui, par là, s'oppose à d'autres formes. Dans les cas qui nous intéressent, cette organisation peut apparaître innovante, il nous reste à montrer comment, dans des formes concrètes, le réseau permet de répondre aux questions préalables de « service global » et de dimension sociale et collective du service.

¹⁵ Cette caractéristique renvoie à ce que l'on peut désigner comme la ré-émergence de valeurs de type "communautaire". En effet les valeurs de solidarité, de principe d'exclusivité au groupe, de coopération à un intérêt collectif, de sentiment de servir une juste cause peuvent être présents dans certains réseaux et justifient la motivation, voire la passion des acteurs du réseau, qui va parfois bien au-delà des niveaux d'implication standards dans le travail.

4.2. Le service global de santé : le réseau de santé Ville-Hôpital-Clinique

Du point de vue du patient, la finalité du « service global » est d'assurer une existence digne et correcte dans son milieu naturel de vie en intégrant toutes les dimensions et leurs conséquences de son état de malade.

Ce service global est obtenu à la fois par des actes du patient, de sa famille ou de ses proches, et par des actes de professionnels de la santé ou de services sociaux. La dimension de co-production du service est donc particulièrement présente : chaque acte de service a une importance en lui-même, mais seule la combinatoire de ces actes assure l'obtention du mode et du niveau de vie souhaités. L'absence d'un acte, sa mauvaise qualité peut à elle seule rendre impossible le projet de vie. La situation du malade comme celle de son entourage est constamment évolutive, en conséquence les actes de service nécessaires sont toujours imprévisibles, différents.

Du point de vue des professionnels de services, le service global signifie à la fois la réalisation d'actes spécifiques selon la professionnalité de chacun, l'obtention de l'effet final visé dépend de la mise en cohérence et en relation de ces actes, car ils sont interdépendants et complémentaires, tout en étant réalisés dans des temps différents, avec une intensité différente selon la situation de chaque malade et de chaque moment de la vie du malade.

Les deux points de vue ne se recoupent pas totalement. La vision du service global du point de vue du malade est plus large que celle des offreurs. Cette différence peut devenir source de tensions.

Le réseau Ville-Hôpital-Clinique (VHC) comporte les trois dimensions que nous avons évoquées plus haut. Le réseau VHC¹⁶ est d'abord une mise en relation d'acteurs, les uns professionnels, les autres non, qui implique une certaine coordination et la cohérence de leurs interactions. Le réseau est une potentialité, dans la mesure où chaque acteur ne sera pas mobilisé à tout moment et pour chaque malade ni de la même manière, ni avec la même intensité. Le réseau est producteur d'externalités fortes et implique, par là, des répartitions nouvelles des activités et des tâches. Autrement dit, le réseau est porteur d'effets positifs pour chaque acteur, mais il est également source de coûts nouveaux pour certains acteurs. Il y a une distribution nouvelle des valeurs par rapport à d'autres modalités d'organisation des services avec d'autres finalités. Mais le réseau est également porteur d'externalités autres que celles qui concernent les acteurs directement concernés. Il y a des externalités pour certains types de malades, leurs associations et leurs proches qui voient là reconnaître des exigences en termes de « dignité » de vie, de prise en compte de revendications jugées légitimes. Il y a également des externalités en faveur de l'ensemble de la société, car le réseau peut modifier les mécanismes de financement et la répartition des charges (la

ville est impliquée, des associations qui ne sont pas directement concernées par le financement de la santé également), et il peut participer à moduler différemment la place des malades dans leur environnement social et urbain.

On peut donc faire l'hypothèse que le réseau VHC crée un nouvel interstice entre le service privé et le service public, il s'agit bien d'un **nouveau service privé à dominante collective**. Ce service conduit à :

- d'abord des **effets privés** qui intéressent le malade et sa famille.
- ensuite des **effets privés** qui concernent les différents acteurs professionnels qui interviennent, la caractéristique forte tient à l'association d'acteurs qui sont dans une logique marchande et d'acteurs qui sont dans une logique de service public.
- ensuite des **effets collectifs** qui concernent les acteurs professionnels qui obtiennent des avantages communs et qui supportent des coûts communs.
- enfin des **effets collectifs** qui concernent la société globalement, mais aussi des sous ensembles divers concernés par la prise en charge de telle ou telle maladie.

Ce nouveau service peut donc être analysé comme la constitution d'un « nouveau territoire » qui permet collectivement de générer de **nouveaux bénéfices**. Ceux-ci n'étant pas exclusivement monétaires car la réalisation du service associe des acteurs qui ont des intérêts et des objectifs différents, mais qui néanmoins se retrouvent, car la réalisation de leur propre objectif dépend de la possibilité de réaliser ensemble cet objectif commun. On peut donc alors faire l'hypothèse que ce « nouveau territoire » est une forme de **privatisation d'effets positifs obtenus collectivement**. C'est bien selon l'expression que nous avons utilisée plus haut un service entre privé et public. On voit alors que les effets d'appartenance aux réseaux sont fondamentaux et qu'en creux les effets d'exclusion seront aussi importants.

4.3 Le service global de la banque : la question de la coordination du réseau interne

Le service global de la banque paraît dans une large mesure plus simple que celui de la santé. En effet, le service global du point de vue du client de la banque est d'abord du ressort de sa propre décision. Pour obtenir la finalité souhaitée, le client a en effet la possibilité d'avoir recours à plusieurs prestataires, à plusieurs types de banques ou d'organismes d'assurance, sans que les diverses prestations soient mises en cohérence. C'est le client qui reste maître de l'ensemble du « panier de service » qui composera sa réponse aux questions et problèmes qui se posent. Dès lors,

¹⁶ Des descriptions plus fines du réseau lui-même seront faites dans la deuxième partie ; à cette phase nous nous contentons de poser les questions théoriques et opérationnelles pertinentes.

du point de vue de l'offreur, la gestion du service consistera à offrir toute une gamme d'activités, le client ayant le choix d'activer ou de ne pas activer certains éléments de cette gamme. Le service offert reste donc interne à l'entreprise bancaire.

La nouveauté introduite par l'informatisation dans un premier temps, puis les TIC dans un deuxième temps réside dans la pluralité des vecteurs que le client va pouvoir utiliser pour accéder à toute la gamme des services et pour accéder à un service particulier. Par exemple, deux vecteurs existent pour retirer de l'argent : le distributeur automatique et la relation interpersonnelle dans une agence bancaire ; plusieurs vecteurs existent également pour gérer un portefeuille boursier : le Minitel, le service par la télévision (videotel), Internet et Extranet, et la relation dans l'agence. D'une manière générale, le développement d'Internet provoque à la fois l'émergence d'une nouvelle forme de concurrence : la banque à distance, avec une diminution pour le client de certains coûts de transaction et la multiplication des canaux internes à une même banque pour délivrer un service donné.

Pour le client, cette augmentation des canaux apparaît comme une source nouvelle de liberté, un instrument d'information et dans certains cas de possibilité de comparaison des différentes offres¹⁷ présentes sur le marché. Il y a donc pour le client un gain monétaire et un gain informationnel.

La question qui se pose pour la banque est certes en termes de coût (certaines opérations coûtent moins cher à la banque), mais surtout en termes de cohérence d'ensemble de son offre, de coordination de ces différentes opérations et de maîtrise de l'ensemble des informations et connaissances sur le client, les processus qu'il active et les choix qu'il fait.

La question posée est donc moins la mise en place d'un réseau, qui existe car les vecteurs physiques de ce réseau sont déjà mis en place, que la gestion cohérente de ces différents canaux. Les gains potentiels pour la banque sont sans doute présents, encore faut-il que les gains apparents ne conduisent pas à une multiplication des coûts, car il faut gérer en permanence plusieurs canaux de distribution en même temps, et il faut surtout assurer une cohérence dans la relation au client.

Dans ce deuxième cas, la présence d'un réseau correspond à une recomposition de l'offre de la part de l'entreprise de service. Cette recomposition est là aussi source de coûts nouveaux et de gains, et la question de l'appropriation de ces gains est clairement posée.

Au niveau interne de la banque, la question de la cohérence et de la relation à chaque client se pose de manière différente à ce qui existait dans le passé et ceci aura des conséquences sur

¹⁷ Cette question de la comparaison des offres est sans doute favorisée par le développement d'Internet, mais, en même temps, les conditions réelles des offres peuvent être sensiblement différentes dans une relation directe de proposition de contrat, notamment en fonction du client et de l'ensemble des prestations qu'il a avec cette banque.

l'organisation interne de la banque, posant notamment la question de la centralisation et de la décentralisation des décisions.

Le cas de la banque est donc moins celui de l'opposition privé/public, les dimensions collectives que nous évoquons plus haut sont plus du ressort des organismes de tutelle et de régulation qui en définissant des normes imposent à la banque le respect de ces dimensions collectives. Toutefois la mise en place de ces nouveaux canaux de relation de service pose à terme des questions de sélection d'un type de clientèle, d'intensité dans les relations, de type d'actes de service auxquels tel ou tel client aura accès et donc de phénomènes de sélection et d'exclusion. La question de la dimension collective de l'accès aux services bancaires est bien là aussi posée.

4.4. Conclusion

Les évolutions actuelles nous montrent des mutations importantes dans la production des deux services analysés. Les TIC sont parties prenantes de ces évolutions, dans la mesure où elles favorisent les réorganisations, par une économie nouvelle du temps et de l'espace. Néanmoins, elles ne transforment pas tout et elles ne sont pas le plus souvent la cause première de la transformation. Dans cette réorganisation, le service rendu n'est plus exactement le même, le rôle du client ou du bénéficiaire du service tend à changer de place, l'organisation interne de chaque prestataire et parfois les relations entre eux sont également modifiées. Cette nouvelle organisation, que nous avons qualifiée d'économie en réseau, apparaît comme source de gains et de coûts. Le réseau nous apparaît, en fin compte, comme la constitution d'un nouveau territoire où l'enjeu est l'appropriation des effets positifs et la minimisation des coûts.

La problématique présente est donc bien une réorganisation, qui implique à la fois une mutation dans le service rendu (**un service global**), une redéfinition des places de chacun (**une recomposition de l'offre**), de nouvelles modalités dans l'apparition de la valeur, la répartition et l'appropriation de cette valeur (**dimension privée et dimension collective**).

Cette problématique générale étant posée, il nous faut analyser de manière plus précise le contenu de ces mutations.

PARTIE II

***CONNAISSANCES, COMMUNICATIONS,
ACTIVITES :***

***DEUX TERRAINS D'ETUDES,
L'HÔPITAL ET LA BANQUE***

CHAPITRE I

CONNAISSANCES, COMMUNICATION, ACTIVITE

L'hôpital de Mâcon et le Réseau Ville-Hôpital

Introduction - l'hôpital de Mâcon : un hôpital peu doté, une culture d'innovation

Créé en 1975, le Centre Hospitalier de Mâcon a une capacité de 1065 lits au total et regroupe dix sites (longs séjours, maisons de retraite, centre de psychiatrie, centres de cures médicales) : 30 000 patients reçus sur une année, 1600 accouchements effectués et 30 000 passages aux urgences. Il dispose d'un plateau technique et de l'ensemble des spécialités médico-chirurgicales et des moyens d'investigation de pointe. Néanmoins, du fait d'une dotation faible liée à un des points ISA les plus bas de France, c'est un "hôpital pauvre dans une région pauvre" comme le disait un membre de la direction. Malgré une croissance régulière de 4 % par an, les moyens, notamment en personnel ne suivent pas. Bien que "pauvre" (ou parce que...), c'est un hôpital avec une forte culture d'innovation, ce qui lui vaut d'être actuellement un des sept premiers hôpitaux français en matière d'informatisation. Dans ce contexte de pénurie, l'informatique étant apparue comme un moyen pour réorganiser la production du service en la rendant plus efficace, le premier Schéma Directeur Informatique a été mis en place dès 1991.

Cet esprit d'innovation a été incarné dès l'origine par le Docteur Gallois, figure emblématique et fondatrice qui, dès les années 70, était porteur d'idées d'avant-garde : soucieux d'éviter, comme il le dit lui-même "*qu'on s'enferme dans des services*", il fut à l'origine de la notion de "Départements" à l'hôpital (nouveau découpage de l'organisation par l'activité) et par la mise en place de liens avec l'extérieur. Ceci s'est traduit dès cette époque par la création de départements, d'un dossier unique du patient afin que "*le dossier suive le patient et non pas le médecin*" et le lien avec les médecins de ville (envoi systématique d'un courrier au médecin traitant, consultation conjointe avec les médecins traitants et les médecins hospitaliers). Le rapprochement entre la ville et l'hôpital et le "travailler ensemble autour du patient" sont restés depuis les axes forts des innovations organisationnelles et informationnelles initiées par l'hôpital.

Cette culture de l'innovation s'est perpétuée jusqu'à ce jour selon deux axes principaux, l'informatisation de tout l'hôpital, et la relation avec l'environnement.

L'actuel Président du Réseau estime que cette culture a perduré grâce à plusieurs facteurs :

- ❖ *la permanence de l'équipe* qui s'est constituée par la suite et qui a repris cette philosophie d'ouverture, de centration sur le patient plutôt que sur l'institution et ses catégories professionnelles,
- ❖ *l'implication des membres de cette équipe de direction dans des instances régionales et nationales* permettant à la fois d'être associé aux réflexions en cours, et d'être informé rapidement des possibilités de financement,
- ❖ *la nécessité d'innovation* pour ne pas voir périr un hôpital qui sans cela serait fortement menacé du fait de sa position, de la taille de la ville et de la faiblesse de sa dotation.

La politique d'informatisation a effectivement été menée en cohérence avec la philosophie de départ telle qu'elle avait été définie par le Dr Gallois : se centrer sur le patient et non sur le service, décloisonner les services en pensant fonctions (médicale, soignante, hôtelière et gestion). Dès le départ un Directeur informatique a été nommé et l'informatisation a été menée par une équipe très solidaire et toujours en place comprenant le Directeur, le directeur du service informatique, le médecin du DIM, le médecin responsable du réseau Ville-Hôpital. L'informatisation a conduit à la création de 10 postes (sept au service informatique, deux personnes au Département d'Informatique Médicale, une infirmière pour l'interface avec le professionnels et un animateur réseau en 2001).

L'hôpital est aujourd'hui complètement informatisé selon deux grands axes :

Un axe de communication interne mis en place depuis 1994

- ❖ Un volet d'assistance à la gestion administrative (CEPAGE)
- ❖ Un volet médical et soignant, de type *Workflow* assurant la gestion centralisée des dossiers médicaux des patients (Crossway), l'organisation de l'activité journalière (planning des rendez-vous, liste des patients présents, codification des actes médicaux), demandes d'examens, résultats d'examens.
- ❖ Un volet communication interne : messagerie, puis plus récemment Intranet.

Un axe de communication externe

- ❖ Création d'un site Internet (1998). Actuellement seuls les médecins l'utilisent (notamment Medline et groupes de travail). Ils sont également de grands utilisateurs de la messagerie.
- ❖ Création d'un portail (1999) avec Intranet et Extranet : *Premium Portail Patient (PPP)* pour le partage sécurisé d'informations concernant les patients entre professionnels hospitaliers et professionnels privés ou publics de la région (comptes-rendus d'examens, courriers, certificats, éléments du dossier patient).
- ❖ Premier hôpital français à se connecter au Réseau Santé Social (CEGETEL), Intranet sécurisé ouvert sur Internet et réservé aux professionnels et organismes de santé.

Le deuxième axe d'innovation est l'ouverture à l'environnement qui s'est concrétisée par le développement de trois types de mise en réseau : alors que les ordonnances sur les réseaux de soins paraissent en 1996, le CHR décide de la constitution d'un réseau Ville-Hôpital (*Réseau Ville-Hôpital/Clinique du Mâconnais*) en 1997. Un *Groupement d'Intérêt Public du Val-de-Saône* est constitué par ailleurs avec les hôpitaux dans le domaine de la gériatrie. Enfin le *Réseau de soins du Mâconnais* est un réseau informel informatisé à partir du Portail et comprenant des professionnels libéraux et hospitaliers qui décident de mises en commun, le portail étant considéré comme un élément central de cette mise en réseau.

1. Modalités de l'étude

Notre propos ici vise à étudier les liens entre informatisation, service au patient et travail collectif (partage des connaissances, production de connaissances, coordination, coopération). Dans la première partie de cette étude, nous avons étudié cette question à l'intérieur de l'hôpital. Une première étude conduite pour l'analyse du mode de fonctionnement du Portail (PPP) dans le réseau nous a convaincu de l'intérêt d'étudier très en détail les nouveaux modes de production du service qu'implique le travail en réseau. Bien que cette activité en réseau soit encore relativement peu informatisée, les outils existent (Portail) et l'informatisation et l'organisation du service sont menées relativement de pair. Il nous a paru alors opportun d'étudier très largement en seconde partie la manière dont se construisent simultanément des pratiques nouvelles en matière de soins et des modes de communication et de coopération spécifiques dans le cadre du Réseau Ville-Hôpital-Cliniques du Mâconnais (que nous appellerons pour simplifier, Réseau Ville-Hôpital).

1.1 Perspectives théoriques

1.1.1 La relation de service

L'analyse des interactions de service dans le prolongement de la perspective de Goffman (1968) a permis depuis une dizaine d'années de développer une compréhension fine des modes de co-production du service (Joseph & Jeannot, 1994) et de souligner les effets de l'organisation et des artefacts informationnels dans la conduite de ces interactions. La dépendance de l'interaction de face-à-face avec l'arrière-plan organisationnel, la force des « agencements organisationnels » (Girin 1995) conduit ainsi à s'intéresser à la manière dont l'activité des professionnels se réalise dans le face-à-face avec le public à la fois en relation avec un monde d'objets, d'artefacts informatiques, de papiers divers et en relation avec les autres professionnels et les autres services.

1.1.2 Le travail d'articulation

Par ailleurs et à la suite des travaux d'A. Strauss, nos propres recherches sur le travail collectif à l'hôpital (Grosjean et Lacoste, 1998, 1999 ; Grosjean, 2000) ont développé le concept d'articulation. Le soin des patients à l'hôpital implique un intense travail de coordination entre médecins de diverses spécialités, infirmières, et nombre d'autres professionnels qui travaillent dans des espaces et des temporalités différentes, pour organiser dans le temps et rendre cohérentes leurs interventions respectives auprès des mêmes malades. Ceci suppose non seulement des compétences professionnelles individuelles mais un « travail supplémentaire » que Strauss (1992) nomme "le travail d'articulation", "pour que les efforts de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail" (Strauss, 1992, p. 191). Il implique des tâches de divers ordres : au niveau matériel, il s'agit de coordonner personnes, ressources et actions, pour le soin au même malade; ce traitement du "singulier", comme le souligne bien Minvielle (1996), doit lui-même s'articuler au traitement simultané d'un groupe de malades et au mode d'action sérielle qu'il implique. Mais ce n'est pas tout. La diversité des professionnels concernés, les différents "mondes" dans lesquels ils vivent du point de vue des savoirs, des objectifs professionnels, de leurs valeurs et de leurs intérêts, implique aussi l'articulation entre les tâches qui sont situées sur divers plans tels ceux "des sentiments, du confort, de la sécurité clinique et du travail médical" et qui sont généralement portées par des professionnels différents. Il s'agit là alors de réaliser des arbitrages en valeur pour lesquelles les composantes cognitives et instrumentales de la communication ne suffisent pas : les composantes normatives sont essentielles notamment dans des secteurs comme l'hôpital où l'action suppose toujours de faire des arbitrages, de se mettre d'accord sur des "valeurs" (Bagnara, Rizzo & Failla, 1994 ; Grosjean & Lacoste, 1999), sur des "ordres de grandeur" diraient Boltanski et Thévenot (1991) et de disposer, selon Thévenot (1990), de "conventions collectives" qui permettent la coordination dans l'action publique, chacun pouvant s'y référer pour identifier "l'action qui convient". Dejours (1993) considère à cet égard que la dimension "déontique", la question des valeurs dans l'action est une dimension essentielle de la communication en ce qu'elle

donne sens au travail pour les individus. La dimension normative s'exprime aussi, comme l'ont montré les théories sociologiques de la "régulation conjointe" (Reynaud, 1993), grâce à la production de règles effectives au travers desquelles les opérateurs humains s'organisent et se construisent comme groupe capable d'action collective (Strauss 1992). Cette élaboration de règles locales se réalise par la concertation, la négociation et le compromis qui supposent des modes d'échanges communicationnels proches de la "coopération de confrontation" développée par Schmidt (1994). Les modalités de ce type d'échange peuvent évoquer également ce que Habermas (1987) appelle "agir communicationnel" en l'opposant à l'agir stratégique. Le travail en réseau exacerbe cette opposition des mondes déjà très présente à l'hôpital. La relation de service dans ce cas n'est plus réalisée dans une organisation mais entre les organisations avec des partenaires de différentes origines se référant à des rationalités hétérogènes (marchande, service public, domestique, administrative) et des actants de diverses natures (Caisses primaires d'assurance maladie, mutuelles, cliniques, hôpitaux, lois, CNIL, municipalités..). On peut supposer que le réseau fera par définition s'opposer des mondes mais qu'il devra susciter des compromis créatifs entre mondes, visant un bien commun et stabilisés dans des dispositifs ou "investissements de forme" qui symbolisent et stabilisent eux-mêmes le compromis.

En prolongeant la réflexion de Strauss (1992), nous avons distingué trois niveaux de l'articulation nécessaires au fonctionnement du collectif hospitalier : l'articulation structurante, l'articulation de trajectoire et l'articulation opérationnelle.

L'articulation structurante est ce qui structure en amont l'activité et la coordination tant par l'organisation formelle du travail et des communications que par des représentations communes quant aux manières de travailler et de penser le travail et les soins. Nous avons montré (Grosjean et Lacoste, 1999) que ce niveau des règles, des valeurs partagées dans des cultures locales a des effets directs sur les compétences du collectif en permettant la coordination à distance et la décision distribuée dans un milieu où chacun est souvent seul, au pied du lit pour agir, chaque professionnel pouvant alors se référer, pour conduire son action personnelle à une sorte de "convention collective" selon le terme de Thévenot (1990). L'articulation structurante apparaît donc centrale pour l'articulation du collectif éclaté. C'est sa qualité, sa nature, qui fera que le travail final sera précisément plus que "cet assemblage chaotique de fragments épars" dont parlait Strauss. C'est elle qui fera aussi que les membres des équipes auront ou non le sentiment de participer à un collectif. L'informatisation est centrale dans l'articulation structurante en définissant des circuits de communication, en implémentant des procédures qui définissent un ordre des opérations, en réglementant des accès qui définissent les coopérations possibles. Dans le réseau, l'articulation structurante ne peut évidemment être gérée comme à l'hôpital par les managers responsables de l'organisation et ayant autorité sur les professionnels. Est-elle nécessaire dans le réseau, comment va-t-elle se construire, c'est ce que nous étudierons en deuxième partie.

Un deuxième type d'articulation est ce qu'à la suite de Strauss (1992) nous avons appelé *articulation de trajectoire*. Cette articulation est centrée sur le devenir de chacun des malades; elle vise à définir le problème du malade, à déterminer des finalités de l'action de soin, à en concevoir et en prévoir la trajectoire, à la redéfinir en fonction des aléas, en articulant les divers plans évoqués par Strauss, sentiments, confort, sécurité clinique et travail médical. Une telle définition recouvre donc non seulement des aspects cognitifs mais des aspects normatifs, voire éthiques dans un certain nombre de cas. Pour Strauss, la définition de la trajectoire du malade est essentiellement aux mains des médecins. Toutefois, la technicité, la segmentation des spécialités médicales, l'implication de plusieurs médecins pour le traitement d'un même malade rendent la conception de cette trajectoire infiniment plus complexe que lorsqu'elle était pensée par un seul d'entre eux, puisque chaque médecin agit pour ce malade en fonction de son domaine. Ce qui pose un problème de répartition des compétences, et de cohérence finale des soins pour le malade. A l'hôpital, il y a entre médecins une certaine articulation de trajectoire dans les staffs médicaux. Mais ils regroupent rarement les médecins intervenants extérieurs. Cela crée de nombreux problèmes, non cohérence des soins, coûts... D'autre part, certaines des difficultés rencontrées par les malades sont à l'intersection entre des problèmes psychologiques, sociaux, de confort, et des problèmes purement médicaux. Cette articulation de trajectoire supposerait confrontation des normes et des logiques d'action, mise en débat, recherche d'accord, établissement de compromis entre médecins de différentes disciplines, entre médecins et infirmières, du fait des arbitrages à rendre entre diverses logiques médicales, entre celles-ci et le bien-être, le confort et/ou le désir de la personne. Elle supposerait aussi débats et compromis entre médecins et patients dans la recherche du "consentement éclairé" aux soins mais ils ont rarement lieu. Dans le cadre du réseau, cette articulation de trajectoire va être répartie entre divers intervenants et la famille et elle va prendre une place considérable au carrefour entre impératifs familiaux, privés, impératifs médicaux, impératifs sociaux, nous y reviendrons.

Enfin le travail par lequel au jour le jour, se transmet, se construit l'information, se coordonnent les actions pour l'ensemble des malades à traiter, s'organise et se réorganise localement l'activité, est ce que nous avons appelé *l'articulation opérationnelle*. C'est elle qui permet d'intégrer la singularité du soin à chaque malade au sein de l'ensemble des malades à traiter, de gérer les aléas de tous ordres qui perturbent constamment l'ordre prévu des activités et imposent de ce fait des réarrangements, des réorganisations dans l'ordre prévu des tâches et dans l'intervention des divers professionnels. Elle nécessite circulation d'informations, mais aussi négociations, persuasion, influence et un intense "savoir combiner" selon le terme d'Hatchuel et Weill (1992).

Que deviennent ces trois types d'articulation très présents à l'hôpital dans le travail en réseau ?

1.1.3 “ Le *knotworking* ”

Engeström (1999) a décrit un mode de travail spécifique qu’il a appelé “*knotworking*” et qui se caractérise par “une construction active de combinaisons et de configurations collaboratives constamment changeantes de personnes, d’artefacts le long de trajectoires de temps et d’espaces au moment où la tâche le requiert. Il le différencie à la fois des “centres de coordination” comme les salles de contrôle et des réseaux qui sont des structures relativement stables qui peuvent être ou non activées. Il y a, dit-il, un mouvement pulsatile de nouage, dénouage et renouage des fils de l’activité séparés par ailleurs, mouvement qui ne dépend pas d’une entité organisationnelle : le lieu de l’initiative change de moment en moment dans une séquence de *knotworking*. Il y a une trajectoire temporelle de combinaisons successives et orientées vers la tâche, de personnes et d’artefacts et de systèmes d’activités collectifs. A chaque moment, différents systèmes d’activité peuvent être mobilisés. Ce travail a à voir avec les changements de l’organisation vers la “co-configuration” entre clients, produit et entreprises.

Six critères de co-configuration selon Engeström :

- | | |
|---|--|
| ❖ | Le produit adaptatif |
| ❖ | Des relations constantes entre client, produit ou service et entreprise |
| ❖ | Une configuration en cours |
| ❖ | Une implication active des clients |
| ❖ | Plusieurs producteurs en coopération |
| ❖ | Un apprentissage mutuel venant des interactions entre les parties impliquées |

Les critères de co-configuration sont effectivement retrouvés dans le nouveau service qu’offre ce réseau de soins ; le concept de *knotworking* ou de co-configuration nous sera très utile pour rendre compte de ce type d’activité. Toutefois, dans le Réseau Ville-Hôpital, il y a un centre opérationnel qui gère une partie du travail de co-configuration en effectuant un travail d’articulation qui relève des mêmes définitions que celui étudié à l’hôpital. `

1.1.4 Un mode d’approche centré sur l’activité en situation

Dans le cadre d’une réflexion sur la conception et les usages de l’informatisation dans les services et le travail collectif se posent inévitablement différents types de questions relatives :

- à l’activité dans laquelle s’inscrit la consultation et sa modélisation,
- à l’interaction homme-machine lors de la consultation du système,
- à la réalisation de la tâche qu’est la consultation du système en question.

Plus précisément, les travaux issus de la sociologie cognitive proches de l’ethnométhodologie et de l’interactionnisme symbolique proposent de nouveaux modèles de conception de l’activité humaine

dans lesquels les notions d'activité, d'interaction et de cognition sont fortement revisitées non seulement au niveau individuel et social mais aussi au niveau des artefacts et des objets.

Cette tradition sociologique telle que la formule Garfinkel (1967), suppose que le fonctionnement des interactions quotidiennes observables contient tous les éléments de la théorie sociale et que, de ce fait, il faut observer directement, *in situ*, les processus sociaux qui se réalisent dans les interactions, voire même participer à ces derniers.

Cependant, cette tradition sociologique américaine qui puise ses réflexions à partir d'observations des situations essentiellement basées sur les interactions humaines en face-à-face propose des modèles de l'activité qui sont insuffisants pour appréhender la place sans cesse grandissante des artefacts technologiques dans la plupart des activités humaines.

Parallèlement, les modèles dominants en sciences cognitives depuis les années cinquante (mentalisme¹, représentationalisme² et computationalisme³) sont limités pour interpréter des tâches complexes observées en temps réel, car l'activité humaine ne peut pas être assimilée à de la simple résolution d'un plan d'action prédéfini (Suchman). Le cours d'action est un construit individuel qui tient compte des adaptations faites face aux aléas de l'environnement. Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le monde professionnel a donné récemment naissance à une confrontation interdisciplinaire riche en initiatives mettant la médiatisation technologique au cœur des problématiques de recherches. Ce sont par exemple :

- les projets de recherche interdisciplinaires réalisés par des chercheurs en partenariat avec des industriels dans le domaine du CSCW⁴ (*Computer Supported Cooperative Work*),
- les recherches sur les aspects situés et distribués de la cognition, de l'action et de l'interaction menées dans la lignée des travaux de L. Suchman (1987), de E. Hutchins (1995)⁵.

Les théories de l'action située de Suchman (1987) et de la cognition distribuée (Hutchins, 1995 ; Cicourel⁶, 1990 et 1994) ont pour objectif la modélisation et la compréhension des mécanismes qui sous-tendent l'action humaine. Selon l'action située, " la situation d'une action peut être définie comme l'ensemble des ressources disponibles pour véhiculer la signification des actions de l'acteur et pour interpréter celles d'autrui " (Suchman, 1987).

L'activité humaine n'est ni rationnelle, ni découlant d'un plan. L'intelligibilité mutuelle des parties engagées dans l'action provient d'une reconnaissance mutuelle de l'intention que l'on décode à partir de plans à considérer comme des ressources. L'intention est comprise grâce à des conventions communes et des connaissances partagées qui permettent de lier comportement et

¹ Le cerveau est le siège de représentations décontextualisées.

² Le monde externe est réductible à des représentations.

³ La métaphore : Le cerveau est un ordinateur.

⁴ Lire à ce sujet le dossier "Coopération dans les situations de travail" coordonné par D. Cardon et L. Quéré pour la revue Réseau (1997).

⁵ Voir le n° XXXVI, 4 "Travail et Cognition" de la revue *Sociologie du travail* et le n°1 de *Raisons Pratiques*, 1990, sur "les formes de l'action".

⁶ D'ailleurs le projet de " *Sociologie cognitive* " de A. Cicourel en 1972 s'inspire de l'ethnométhodologie.

intention. La coopération, dans cette perspective, ne dépend ni des connaissances intégrées dans le cerveau d'un individu, ni d'un ensemble de règles à suivre, elle résulte d'un ajustement continu aux imprévus constants du contexte dont les éléments, en particulier les artefacts, transforment et propagent des représentations. Dans cette perspective, la technologie est un *artefact* qui crée, véhicule, transforme des représentations. Elle distribue la cognition d'une façon nouvelle entre les humains et les artefacts (cognition distribuée, Hutchins, 1995) et c'est l'ensemble des humains et des artefacts qui doit être considéré pour rendre compte de la cognition liée à l'activité. D'autres auteurs parviennent aux mêmes conclusions par d'autres voies : citons parmi les plus connus les travaux de Callon et Latour et les chercheurs tels Engeström qui, reprenant les théories de l'activité de Vygotski et Leontiev, estiment que l'activité doit être considérée comme un système orienté vers l'objet avec la médiation d'outils symboliques et matériels et se développant dans un monde social organisé par des règles : ces derniers mettent l'accent sur le rôle moteur des contradictions entre ces différents pôles de l'activité.

Pour notre part, nous nous situons dans cette perspective d'une activité médiatisée et interactionnellement construite et considérons que :

- ❖ Les processus cognitifs sont distribués, non seulement au niveau social mais aussi au niveau des artefacts et des objets. Ils sont incorporés dans les objets, les agencements organisationnels.
- ❖ Ils passent par des interactions de face-à-face et des interactions médiatisées qu'il s'agit d'étudier de façon située dans leur contexte.
- ❖ Les informations prennent leur sens en contexte et dans l'activité et elles doivent constamment faire l'objet d'interprétation de la part des acteurs
- ❖ L'activité est construite par les acteurs en situation et dans leurs interactions

1.2. Méthodes

Ce type de positionnement implique un certain nombre d'options méthodologiques : Garfinkel (1967) avait insisté sur le fait que le sens des activités sociales est nécessairement "*local, situé, inséparable des circonstances*". Il importe donc de prendre en compte l'activité réelle des usagers *in situ* dans leurs interactions avec les humains et les objets et artefacts cognitifs qu'ils utilisent.

1.2.1 Pour l'étude des TIC à l'hôpital

Outre un repérage des outils et une étude de leur mise en œuvre, des observations *in situ* ont été menées sur les usages des TIC dans l'activité. Ces observations ont été assorties d'entretiens de divers types avec les professionnels à l'hôpital (verbalisations en cours d'activité, entretiens structurés).

3 services enquêtés par observation et entretiens (plateau technique, service d'accueil et d'urgence, service de soins)

14 entretiens réalisés (infirmières dans les services, secrétaires, agents chargés de gérer les prises de rendez-vous de consultation, médecins, surveillantes) avec observations des pratiques

1.2.2 Pour l'étude de l'utilisation du portail par les praticiens

Des entretiens ont été réalisés avec les professionnels dans le réseau :

Population totale des médecins libéraux ayant accès au Portail Extranet au 1^{er} avril 2001 = 24

12 entretiens ont été menés :

6 médecins généralistes libéraux

2 kinésithérapeutes libéraux

2 infirmières libérales

1 pharmacienne

1 directrice d'association d'aide à domicile

1.2.3 Pour l'étude de l'activité du réseau Ville-Hôpital,

Les études sur l'hôpital (Theureau, 1993 ; Grosjean et Lacoste, 1999) ayant montré que rendre compte du service supposait de mettre en œuvre des méthodologies spécifiques d'étude du fonctionnement collectif dans le temps (suivi d'activité longitudinal, reconstitution d'histoires), nous avons privilégié cette méthode dans l'analyse d'activité dans le centre de coordination. Pour cette raison nous avons procédé à des analyses de l'activité et des communications des infirmières coordonnatrices et de leur assistante selon des protocoles d'enregistrement et de prises de notes simultanés accompagnés de verbalisations en cours d'activité et d'auto-confrontations partielles sur des questions que les verbalisations ne permettaient pas d'éclairer (voir Grosjean & Lacoste, 1999). Le travail des infirmières coordinatrices et de l'assistance met en jeu de nombreux artefacts cognitifs, et des coopérations étroites entre elles que seul le film permet d'étudier, notamment le rôle essentiel du paraverbal et des écrits pour la coopération. Par ailleurs, l'assistance à des réunions du réseau et l'enregistrement d'une d'entre elles donnaient une ouverture sur le travail collectif réalisé lors de ces réunions de groupe de travail.

Analyse de l'activité au pôle de coordination

(Rapport Johann Henry, 2002)

1. Etude quantitative

Relevés d'activité sur quatre journées

Catégorisation des activités des infirmières (annexe)

Traitement quantitatif à l'aide du logiciel Kronos.

2. Etude qualitative

Deux journées ont été filmées, accompagnées d'un relevé d'activité. Les séquences ont été retranscrites et utilisées pour une analyse quantitative puis qualitative de l'activité

D'autres journées ont été enregistrées en audio avec relevé d'activités. L'une d'entre elles a été entièrement transcrite

Etude des documents produits par le réseau

Enregistrement d'une réunion et retranscription

1.2.4 Pour l'étude des trajectoires de patients

Par ailleurs nous voulions avoir un regard sur la trajectoire des patients de l'hôpital au domicile grâce à une série d'entretiens longitudinaux répartis sur un mois environ pour les patients sortant de l'hôpital et entrant dans le réseau. Un autre échantillon de patients dits « anciens dans le réseau » a été interviewé une fois.

Protocole de suivi de trajectoire des patients

- ❖ Un premier entretien était réalisé à l'hôpital en tête-à-tête avec le patient ;
- ❖ Présence et enregistrement de l'entretien réalisé par l'infirmière coordinatrice auprès du patient à l'hôpital
- ❖ Il était prévu deux entretiens après le retour à domicile de ce patient, l'un après une semaine, l'autre après 3 semaines lors d'une visite à domicile ou par téléphone pour mesurer l'évolution de la situation et des aides mises en place. Cet entretien devait avoir lieu avec le malade et la personne de la famille qui était près de lui. Ce protocole n'a pas pu être réalisé complètement pour différentes raisons matérielles.
- ❖ Ont également été interviewés certains intervenants à domicile en fonction de leur disponibilité à ce moment-là
- ❖ L'échantillon prévoyait de voir 3 types de patients : a) patients ayant seulement a) un problème médical b) une poly-pathologie c) pathologie + problèmes sociaux

Nombre d'entretiens réalisés :

Entretiens avec les patients	Patients « anciens » ds réseau	Patients « nouveaux»
A l'hôpital	7	11 dont 4 sont partis très vite en maison de convalescence ou retraite (seulement 7 suivis à domicile)
A domicile		8 entretiens patients à domicile (3 déplacements à domicile, 5 au téléphone) 3 entretiens avec des membres de la famille 3 entretiens avec intervenants

Réalisés sur deux mois, l'objectif de ces entretiens était multiple : voir l'évolution du service lors du retour à domicile, en analyser les effets auprès des patients et des familles et situer les problèmes rencontrés par les patients et les familles lors du retour à domicile, la nature de leur participation au soin, la manière dont ils voient l'activité du réseau et enfin tenter de voir comment, vu du domicile, se fait effectivement l'articulation des soins dispensés par les professionnels impliqués. Cette partie demanderait à être réalisée avec un échantillon plus large de patients et sur une plus longue période. Un suivi longitudinal est difficile avec des patients souvent très âgés, malades et les aléas de ce suivi ont été nombreux (aggravation, retour à l'hôpital, départ en maison de retraite, impossibilité de rencontre du fait d'événements familiaux).

Signalons que tous les noms de patients sont des noms fictifs, cette solution nous paraissant préférable aux initiales.

2. Les usages des TIC à l'hôpital de Mâcon

Une partie de notre étude⁷ a été consacrée aux effets de l'informatisation de l'hôpital. (Rapports G. Bianucci, C. Chaux, 2001)

2.1 Crossway et Cepage : un plébiscite, une bonne appropriation

Globalement, les outils de gestion administrative CEPAGE et de Workflow (CROSSWAY) sont unanimement plébiscités par toutes les catégories de personnel. L'appropriation de ces outils mis en place partout dès fin 1997 est effectuée sans restriction, "on ne pourrait plus s'en passer", tel est le leitmotiv tant des médecins que des infirmières et des secrétaires. La cohérence des informations le long de la ligne de travail, le suivi et l'accessibilité du dossier patient, la réorganisation des prises de rendez-vous par les agendas partagés contribuent fortement à l'efficacité et à l'effcience du travail collectif, à la sécurité du patient et à l'amélioration du service.

Types d'outil et utilisations	<u>Usages effectifs</u>
<p>Cepage : assistant à la gestion administrative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification du patient • Facturation des séjours • Gestion du personnel • Gestion économique et financière <p>Crossway : application de type Workflow pour les aspects médicaux et soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification des soignants pour toute entrée de données • Limitation des accès en fonction des catégories de personnel et en fonction du lieu d'hospitalisation du patient • Gestion centralisée des patients et des dossiers médicaux • Assistance et pilotage des activités • Communications des données de tous ordres concernant le patient 	<p>Pratiquement unanimement plébiscités : “ partenaires ”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la rapidité, de l'efficacité, de la sécurité, et de l'exhaustivité des données • Limitation des saisies (fiches macro- cibles pré-remplies) • Diminution des attentes, des dépendances matérielles, des erreurs de tous ordres (concernant les patients, les horaires de RV, les transferts de bon de commande et téléphone pour les examens) • Disponibilité des dossiers médicaux • Information disponible depuis tout poste informatique si accès autorisé

⁷ Rapport « Nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le circuit de l'information médicale » Rapport de DESS de Psychologie du travail, 2001, Gaëlle Bianucci. Ce rapport a eu le Premier prix du meilleur mémoire de 3eme cycle délivré par l'ANDCP Rhône-Alpes
 Rapport « Les NTIC dans la circulation de l'information. Le portail extranet du Centre Hospitalier de Mâcon ». Rapport de DESS de Psychologie du travail, 2001, Cyril Chaux.

<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la coopération à distance entre services : <ul style="list-style-type: none"> ○ gestion des RV, ○ agendas des médecins, ○ production de documents (étiquettes, comptes-rendus d'examens, de consultation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Homogénéité dans le contenu et dans la structure des données, facilité de consultation • Recherche d'information facilitée • Traçabilité, circuit de l'information proche du temps réel, (comptes-rendus d'examens, demandes d'examens)
<p style="text-align: center;">C'est un " portier ": passage obligé pour l'activité de chacun (login, signature) Chacun s'en sert, chacun y contribue, l'activité s'y programme, s'y inscrit, s'y organise.</p>	

L'informatisation du dossier de soins, des feuilles de prescription médicale, de l'imagerie ainsi que des macro-cibles d'entrée et de sortie est en cours.

Cette informatisation a permis des réorganisations et notamment la gestion centralisée des rendez-vous pour trois services, notamment médecine et chirurgie, ce qui a permis d'optimiser les prises de rendez-vous et de soulager les secrétariats médicaux des services. L'intégration des outils informatiques aux modes de travail se manifeste par l'expression de nouvelles attentes orientées vers une généralisation de processus déjà utilisés à certains niveaux (bons de commande, gestion des rendez-vous). Lors de l'enquête, les professionnels réclamaient également la création de nouvelles passerelles informatiques :

- soit pour mieux organiser la coopération inter-services (services médico-techniques et services de soins pour la gestion et la maintenance du matériel) notamment comme le réclament les infirmières
- soit, et c'est le cas des médecins, pour contrôler les effets de leur activité de soins au niveau médical proprement dit (études rétrospectives et prospectives sur les pathologies traitées) et pour avoir des éléments d'évaluation en termes économiques.

Les difficultés rencontrées sont essentiellement liées au manque de postes de saisie et de consultation (un seul par service) : pour faciliter l'accès, les infirmiers sont contraints de laisser ouvertes les sessions, de regrouper leurs saisies ce qui limite l'intérêt du temps réel et limite la sécurité car la signature informatique est liée à l'ouverture et à la fermeture de la session. Ce manque d'équipement dans les services est l'obstacle principal à l'informatisation des ordonnances médicales. De ce fait, le projet de mise en place d'un véritable dossier de soins infirmiers et de fiches de prescriptions informatisées a conduit à rechercher de nouveaux supports de saisie et de consultation informatique en ambulatoire (sur des chariots pouvant accompagner médecins et infirmières dans les chambres) qui sont actuellement en test dans les services.

2.2 Les facteurs de réussite

2.2.1 Un projet innovant, cohérent et intégratif

La bonne appropriation tient à plusieurs facteurs : une équipe de direction très soudée autour du projet, un directeur informatique qui a fait au départ les choix techniques qui ont permis de construire sans remises en cause coûteuses une informatisation commencée précocement, une conduite claire et ferme pour ce qui concerne les choix techniques (matériel, plate-forme informatique), des règles de fonctionnement et d'accès dès le départ très en lien avec les aspects juridiques, une bonne anticipation par rapport aux évolutions générales (1^{er} hôpital à utiliser Cegetel sécurisé). Par ailleurs, la culture de l'innovation préexistante a probablement favorisé cette mise en route tout autant que la nécessité de trouver des palliatifs aux manques de moyens de l'hôpital : ainsi l'équipe dirigeante est toujours en veille concernant les financements, et grâce à ce contact permanent avec les instances susceptibles de financer des innovations, elle est très au fait des expériences innovantes. Enfin les réaménagements organisationnels ont été menés simultanément : réorganisation des secrétariats médicaux avec la création d'un service centralisé pour les rendez-vous, suppression des écrits faisant double emploi avec les supports informatiques, suppression de la micro-informatique personnelle et impossibilité d'utiliser d'autres logiciels que ceux fournis sur la plate-forme.

2.2.2 Des modalités d'installation et de formation facilitatrices

Dans un premier temps, *un plan de formation* est mis en place pour chaque catégorie professionnelle. Le contenu de cette formation étant une démonstration de la fonctionnalité de l'outil directement sur des postes informatiques pour une visualisation plus concrète. C'est le premier contact entre le futur usager et son l'outil. *L'installation très rapide des postes informatiques* (8 à 15 jours après) sur la plupart des lieux de travail a facilité la mémorisation et l'appropriation collective :

“ Nos postes informatiques sont arrivés dans nos bureaux très, très rapidement. Donc, quand on avait un petit moment de libre entre guillemets, ou qu'on était moins stressé pour faire les choses, on se mettait vite sur l'informatique : “ Il faut qu'on essaye ! Allez, on va faire ceci ! ”. On y est arrivé comme ça et au bout de deux jours on a quitté la machine à écrire. ”

Par ailleurs les fonctions de Crossway n'ont été introduites que progressivement, ce qui a permis un *apprentissage graduel* des managements informatiques en limitant la charge mentale liée à tout nouvel apprentissage.

“ Comme ils ont mis des choses au fur et à mesure, ça se passait relativement en douceur. Parce qu’au départ on ne faisait que les étiquettes, donc on ne rentrait que l’identité. Après, on s’est mis à faire les macro-cibles entrées, ensuite il y a eu le labo qu’on a pu consulter, ensuite il y a eu les rendez-vous. ”

La disponibilité du service informatique et la *mise en place de référents professionnels informatiques* ont permis au personnel de solliciter les techniciens pour mieux cerner les fonctions de l’outil et pour procéder à des demandes de perfectionnement informatique. D’autre part, les référents professionnels ont joué le rôle de “traducteurs” notamment entre les infirmiers et les responsables du service informatique.

“ Le fait qu’ils [les techniciens du service informatique] soient souvent derrière nous pour nous aider, ça a été très important ; ça, tout le monde l’a bien apprécié, parce que c’est vrai qu’il ne fallait pas qu’ils nous lâchent comme ça parce que sinon, on aurait paniqué d’autant plus. Si on a un besoin, un souhait, on voit directement avec eux ce qui est possible, ce qui n’est pas possible, comment on peut résoudre le problème. Ils passaient très souvent dans la journée, ils étaient très présents derrière nous. Donc, c’est très important ça. Ils sont venus très, très souvent. Ils sont venus nous dépanner, on faisait de mauvaises manœuvres. On se plantait, on a cafouillé. Mais, ils ont été vraiment supers parce qu’ils sont venus vraiment très souvent. ”

Outre la présence régulière ou ponctuelle du technicien en informatique auprès des usagers, *le rôle du collectif de travail* est souvent souligné.

“ On est en pool de secrétaires, ce qui veut dire que si l’une n’avait pas capté l’information, la voisine l’avait captée. Donc, on s’est beaucoup aidé entre nous : “ Alors, tu fais comment pour faire ça ? Tu fais quoi ? Ah, oui c’est vrai tu fais ça ! ”. Donc, comme l’information circule bien et qu’on se donne beaucoup de petits conseils comme ça, ça c’est très bien passé. ”

2.3 Les effets sur les pratiques et les relations professionnelles

L’informatisation et notamment l’attribution des droits d’accès à l’information médicale, en conformité avec la législation, restreint les accès à l’information du personnel non médical et renforce à cet égard les pouvoirs des médecins. Si tous les médecins de l’hôpital peuvent consulter les dossiers de tous les malades, il n’en est pas de même pour les paramédicaux : un dossier d’un malade sorti d’un service n’est plus accessible dans le service. Les infirmiers aimeraient pouvoir le consulter quand ils ont des rendez-vous à prendre, d’autant que les supports papiers qui gardaient

des traces des anciens patients ont été supprimés. Ils se sentent par ailleurs dépossédés d'une autre façon puisque que les résultats d'examen ne passent plus par eux et sont accessibles directement aux médecins. En revanche, ceux qui gèrent les demandes d'examen se sentent assujettis à leur écran par lequel arrivent les demandes. Quant aux aides-soignants, ils n'ont plus aucun droit d'accès aux aspects médicaux. Par ailleurs actuellement, seuls les médecins ont un poste personnel avec accès à Internet.

Ces droits d'accès créent d'autres problèmes : du fait de la lourdeur d'ouverture et de fermeture de session par chaque soignant étant donné l'unicité du poste, la session est ouverte une fois et tout le monde saisit ensuite : la traçabilité des auteurs, gage de sécurité et de contrôle des actes réalisés, disparaît alors.

Enfin l'informatisation donne un grand pouvoir à la direction informatique qui gère les métarègles : droits d'accès, type d'usage, procédures.

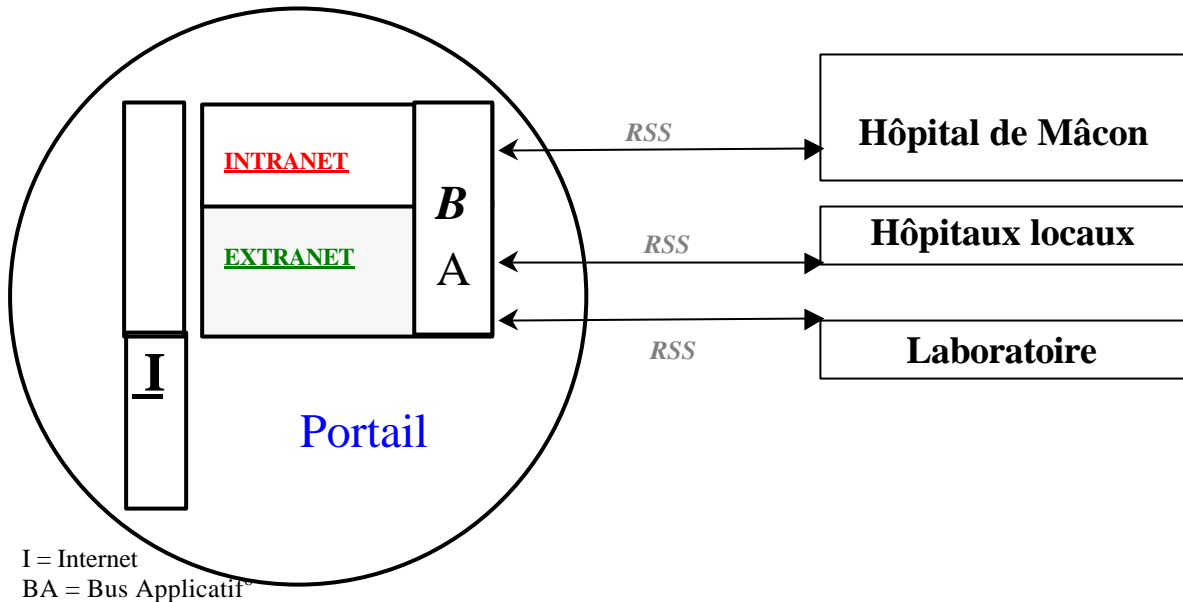
2.4. Intranet et portail : des outils sous-utilisés

L'ouverture vers l'extérieur s'est réalisée en 1998 par l'ouverture d'un site Internet et la création d'un portail en 1999) avec Intranet et Extranet. L'hôpital est le premier hôpital français à se connecter au Réseau Santé Social (CEGETEL), réseau intranet sécurisé RSS, ouvert sur Internet et réservé aux professionnels et organismes de santé.

En passant par le RSS, l'utilisateur, membre du personnel du Centre Hospitalier (Intranet) ou externe à celui-ci (Extranet) se connecte sur le réseau au moyen de sa CPS et d'un mot de passe. Ce moyen d'authentification permet d'identifier l'utilisateur de manière fiable et sûre. A partir de cette identification, l'environnement de l'utilisateur est chargé et personnalisé. Cela permet ainsi d'afficher des informations différentes en fonction de l'établissement et du profil de l'utilisateur. Trois entrées sécurisées sont donc possibles : Visiteurs, il s'agit du site Internet du Centre Hospitalier ; Réseaux de soins, nom utilisé pour qualifier l'Extranet ; Intranet, réservé au personnel du Centre Hospitalier.

Si l'entrée "Visiteur" donne accès à des informations d'ordre général reprises dans le site Internet du Centre Hospitalier, en revanche les deux autres entrées sont réservées à une population sélectionnée par avance. Une fois connecté, l'utilisateur navigue dans l'environnement qui lui est proposé en fonction de ses droits d'accès, environnement baptisé "mon portail" pour souligner l'aspect personnel de l'outil.

Architecture actuelle de ce système informatique



Source C. Chaux 2001

Un portail informatique peut obéir à une logique marchande (type Yahoo !, TF1...), basée sur la sélection d'informations, ce qui génère des stratégies commerciales diverses, un fournisseur d'accès ayant intérêt à être référencé dans Yahoo! par exemple ou à une logique coopérative, où les coûts sont gérés par un seul organisme ; c'est pour l'instant le cas du Centre Hospitalier de Mâcon. Cela signifie que ce sont les utilisateurs du Portail qui l'alimentent, qui entrent des informations selon un processus bien défini. Nous verrons l'importance de cette logique de coopération plus loin.

⁸ Outil utilisé pour relier les informations des différentes bases de données

2.4.1 L'Intranet

Développé depuis 1999, l'Intranet est encore peu utilisé sauf pour ce qui concerne la messagerie: le sous-équipement en matériel pour les paramédicaux (un seul poste pour le service), un contenu⁹ tout à fait insuffisant en quantité et en qualité (manque de remise à jour, obsolescence d'informations non remises à jour, dispersion et incohérence dans la présentation des rubriques, telles sont les raisons le plus souvent évoquées pour la faiblesse de fréquentation.

<p>• Intranet Portail PPP</p> <p>Circulation interne de connaissances et d'informations concernant l'organisation interne de l'établissement</p> <p>Très nombreuses rubriques</p>	<p>Usages</p> <p>Peu utilisé, peu consulté</p> <p>Une arborescence difficile à comprendre</p> <p>Obsolescence par absence de remise à jour</p> <p>Pas de production de documents faute de temps, de concertation et des craintes liées à la formalisation et à la diffusion large, (notamment pour les protocoles)</p>
---	---

Mais là encore, il ne s'agit pas d'un désintérêt pour l'outil, bien au contraire. Les attentes sont nombreuses ; elles émanent de toutes les catégories de personnel et concernent aussi bien les connaissances sur l'activité de l'hôpital que des questions d'ordre général ou des aspects techniques et organisationnels. C'est le temps à investir et la légitimité pour le faire qui manquent.

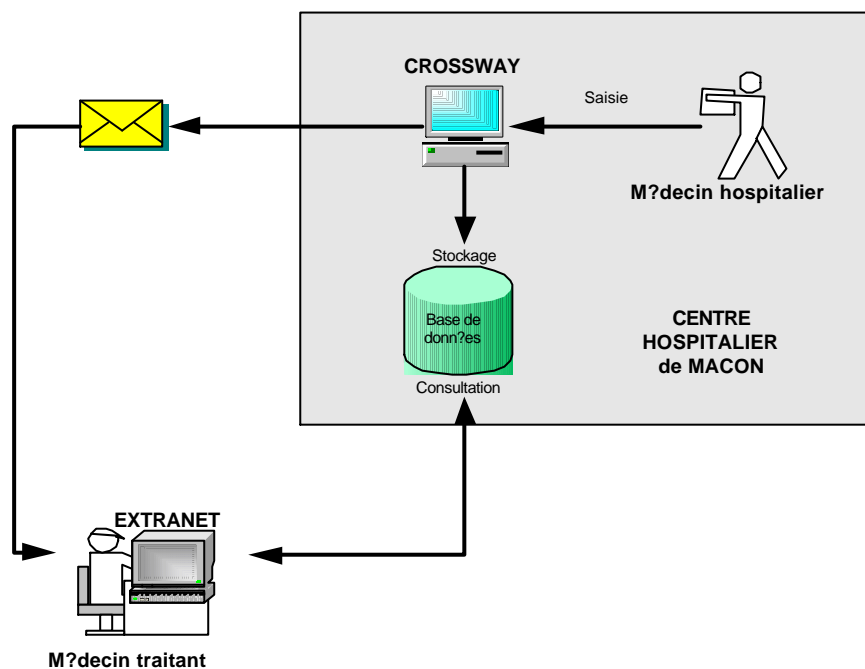
Attentes pour l'Intranet :

- ❖ 1. Gestion des lits pour les permanencières,
- ❖ 2. Protocoles pour les examens préopératoires en vue d'une meilleure coopération inter-services pour les infirmières,
- ❖ 3. Aides documentaires de diverse nature (gestionnaire documentaire, aide à la cotation des actes médicaux, base de connaissance médicale) pour les médecins.
- ❖ 4. Accès au fonds documentaire et à la revue de presse du service de documentation
- ❖ 5. Bilan d'activité des services
- ❖ 6. Suivi des groupes de travail et des commissions
- ❖ 7. Accès à la messagerie à partir d'Intranet et non d'Internet

⁹ Voir critiques dans le rapport de J.F. Broux Mémoire Intranet, outil de communication interne. Problèmes d'appropriation. Hôpital de Mâcon. DESS Euromédias Dijon

2.4.2 Le Portail : une ouverture vers l'extérieur sous-utilisée

L'objectif du portail (Premium Portail Patient PPP) est de permettre des échanges sécurisés via Crossway de données médicales (comptes-rendus d'examen, courriers, certificats, éléments du dossier patient) concernant les malades entre médecins hospitaliers, médecins de ville, laboratoires, cabinets infirmiers, autres praticiens. Les laboratoires¹⁰ peuvent également transmettre les résultats des examens vers les praticiens de ville. Mais le portail vise aussi à remplir des fonctions plus générales comme la messagerie électronique, l'agenda, des informations institutionnelles, une base de données documentaire, des annuaires... À terme, il est envisagé la possibilité pour les malades d'avoir accès à leur propre dossier dans le cadre de la nouvelle loi Kouchner. L'alimentation en informations est réalisable après autorisation délivrée à l'hôpital¹¹.



Source C. Chaux 2001

¹⁰ Un seul laboratoire peut aujourd'hui réaliser cette tâche mais il s'avère que le nombre peu élevé de médecins connectés au Portail Extranet (24 au 1^{er} avril 2001) conduit ce laboratoire à utiliser, pour l'instant, les procédures traditionnelles.

¹¹ On ne peut citer concernant l'Extranet :

Les médecins des services internes au Centre Hospitalier de Mâcon, bien sûr
Le service documentation du Centre Hospitalier
Le président de CME
Le réseau Ville / Hôpital
Le service Informatique
Un laboratoire de ville
Deux cliniques

Sous-utilisation du portail :

Actuellement 80 % des médecins libéraux sont informatisés

30 % seulement des médecins hospitaliers utilisent le portail pour communiquer avec les généralistes et seulement 1,31% des documents saisis sont communiqués via l’outil Extranet par les médecins hospitaliers.

Les raisons de la sous-utilisation :

1. Les règles juridiques qui encadrent cette circulation d’information (identification patient, autorisation du patient, signature électronique, sécurisation des données) alourdissent les procédures.
2. L’accroissement de la charge de travail que cet outil implique pour ces derniers, car le courrier papier perdure et l’obligation de signature informatique alourdit leur travail.
3. Les médecins libéraux, y trouvant trop peu d’informations utiles ont une fréquentation faible et une implication plus faible encore en matière de production de connaissances, ce qui contribue plus encore à démotiver les médecins hospitaliers qui considèrent qu’il n’y a pas de réciprocité des échanges.
4. Les médecins hospitaliers considèrent que cette information est à sens unique, les libéraux ne transmettant rien alors qu’ils disent avoir besoin d’informations sur leurs malades avant l’hospitalisation
5. Insuffisance d’alimentation du portail en données intéressant les médecins (protocoles, forums de discussion...)

Il existe de surcroît une confusion évidente entre ce que certains médecins espèrent obtenir comme information et ce que leurs collègues hospitaliers mettent effectivement à disposition, l’un d’entre eux affirmant : *"ils ont dit qu’ils nous mettraient tout à partir du moment où on était étiqueté médecin traitant"*. La confusion tient au fait que ces médecins libéraux pensent pouvoir accéder au dossier médical hospitalier, *"on peut accéder au dossier tel qu’il se présente à l’hosto"*. A ce fantasme du “ tout voir ” de certains praticiens de ville répond le fantasme de certains hospitaliers qu’on pourrait voir leurs dossiers de l’extérieur.

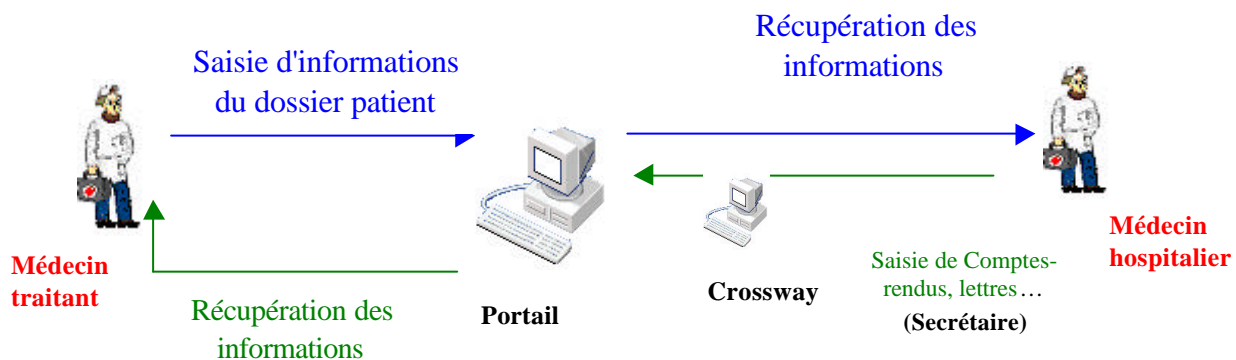
En revanche, d’autres médecins de ville ont bien compris les modes de fonctionnement et sont conscients que des choix sont faits dans la mise à disposition d’informations patient par le Centre Hospitalier de Mâcon, *"je ne peux accéder qu’à ce que l’on veut bien me laisser accéder"*. Cette sélection est d’ailleurs jugée *"normale"* étant donné qu’elle est tributaire du fait que le patient désire, ou non, divulguer les informations à son médecin traitant. La circulation des informations

patient est en effet très réglementée : identification Patient, obligation de demander au patient le nom de son médecin traitant, la signature électronique, la sécurisation des données.

Par ailleurs, une autre contrainte, d'ordre technique, est constituée par la multitude des formats de données présents sur le marché. Certains médecins libéraux regrettent de ne pas pouvoir intégrer directement le courrier issu du portail extranet dans leur dossier patient. La procédure actuelle oblige à "copier" le contenu du courrier issu du portail et à le "coller" dans Word ou dans le dossier patient. Il n'est pas encore possible d'uniformiser ces formats.

On pourrait remédier au manque d'échanges par la possibilité pour les médecins de ville de mettre des informations concernant leur patient dans le Portail, informations récupérables par Crossway mais là encore, les problèmes réglementaires (ici l'identification patient) rend cet échange difficile.

Voici comment on pourrait alors imaginer le circuit de l'information :



Source : Cyril Chaux, 2001

Un patient est envoyé à l'hôpital, le médecin traitant envoie un courrier électronique apportant des éclairages sur les antécédents, la personnalité du patient... Le médecin hospitalier consulte le portail et saisit, lui ou sa secrétaire, des informations par l'intermédiaire de Crossway. Le médecin traitant se connecte sur le Portail qui, par l'intermédiaire d'un bus applicatif¹², interroge Crossway, et récupère les informations transmises par son confrère. Il peut alors apporter des éléments nouveaux faisant bénéficier le patient d'un double diagnostic en temps quasiment réel.

Limites :

La création d'un espace de communication au sein du portail, réservé au médecin traitant, si elle est réalisable techniquement, se heurte à une contrainte juridique importante : celle de l'identification patient. Actuellement, un patient entrant à l'hôpital se voit attribuer un numéro d'identification unique qu'il gardera tout au long de son hospitalisation. Le problème, dans le schéma présenté ci-dessus est lié à l'identification du patient au moment de l'entrée de ce même patient à l'hôpital. Appuyons-nous sur un exemple virtuel:

¹² Voir définition plus haut

Autres attentes exprimées par les libéraux (médecins et infirmières)

- ❖ Pouvoir écrire, discuter et intervenir pendant une hospitalisation
- ❖ Poser des questions, demander des conseils aux spécialistes "*sans les déranger et leur courir après*"
- ❖ Accéder aux protocoles du Centre Hospitalier de Mâcon
- ❖ Accéder aux textes de conseils pour les patients
- ❖ Ouvrir et héberger des groupes de discussion par thème, sur le Portail en lui-même et sur des sujets médicaux
- ❖ Créer une base documentaire

La question des protocoles revient régulièrement au cours des entretiens, l'objectif pourrait être de créer, sur le Portail, un espace de dialogue et de débats visant à l'élaboration de protocoles, qu'ils soient médicaux ou soignants. Les protocoles font partie des principales attentes du côté du monde libéral, et pas uniquement les médecins puisque les infirmières se sont montrées très intéressées par la circulation informatisée de protocoles.

Par ailleurs, le Schéma directeur du Système d'Information prévoit que le Portail serve au Réseau Ville / Hôpital pour les échanges d'informations avec l'extérieur. Mais son utilisation comme le disent les infirmières "*n'est pas passée dans les mœurs*". D'un point de vue fonctionnel, le réseau Ville / Hôpital accède à l'Intranet et a autorisation d'écriture pour l'Extranet. Nous le verrons plus loin, c'est l'assistante coordinatrice qui intègre notamment des comptes-rendus de réunions dans le portail. Elle a demandé à se former à la procédure d'écriture et a élaboré un mode opératoire reprenant les différentes étapes à suivre.

2.5. Des règles émergentes

Nous avons déjà vu précédemment les conditions qui ont permis une mise en place satisfaisante de l'informatisation : bons choix techniques, conduite de projet cohérente, culture d'innovation, équipe informatique proche des utilisateurs, référents professionnels informatique, réorganisation simultanée, installation généralisée. Toutefois il faut comprendre pourquoi certains outils ont mieux marché que d'autres.

Caractéristiques des outils qui marchent :

- ❖ Utilisés là où épargnent le temps
- ❖ Aident à sa gestion (outils de communication en temps différé)

- ❖ Facilitent le classement ou suppriment une activité coûteuse en temps en espace (le classement papier)
- ❖ Facilitent la mémorisation (mémoire externe de l'ordinateur)
- ❖ Augmentent la sécurité (Dossiers médicaux, Crossway)
- ❖ Usages contraints pour mener l'activité
- ❖ Plus la technologie est intégrée directement à l'activité elle-même, mieux elle fonctionne : exemple de Crossway

D'autres règles émergent, dont l'une paraît tout à fait déterminante notamment pour le Portail, c'est la réciprocité de l'échange, le donnant-donnant. Dans Crossway, la participation n'est pas négociable : tout le monde doit y inscrire son activité, et on y trouve les informations nécessaires pour travailler. En revanche dès que l'activité est facultative, comme dans le Portail, l'argument le plus souvent allégué pour son manque d'utilisation est le sentiment que la contribution/rétribution au système n'est pas équilibrée et que le fait d'y contribuer est juste une charge supplémentaire et une tâche qui vient s'ajouter aux autres sans soulager de quelque façon que ce soit et sans apporter d'informations intéressantes. Trop longtemps on a considéré que l'alimentation en connaissances des Systèmes partagés pourrait être laissée à l'initiative de chacun. Mais ceci se heurte à des problèmes considérables que l'on n'avait pas mesurés alors :

- ❖ Certaines de ces connaissances doivent être produites collectivement et validées (ex. pour les protocoles): ce qui implique un travail de fond et du temps reconnu pour ce type de tâche tout autant que de l'animation
- ❖ La mise en forme et l'implémentation dans les systèmes est une autre tâche pour laquelle les mêmes personnes ne sont pas nécessairement compétentes et qui réclame elle-même un temps d'autant plus considérable que les personnes sont moins spécialistes en informatique.
- ❖ Ces connaissances doivent être organisées au sein d'arborescences qui en permettent un accès facile.
- ❖ Enfin, elles doivent être mises à jour.

On considère trop souvent que l'informatisation est une aide cognitive. Mais comme le faisait remarquer Norman (1987), tout artefact cognitif génère de nouvelles tâches (celles nécessaires à la gestion du nouvel artefact). Et en matière d'informatisation elles sont considérables : non seulement d'ordre technique mais aussi et surtout liées à la formalisation et à la mise à jour. La prise en compte de la quantité considérable de travail à fournir à différents niveaux pour alimenter ces TIC devra à l'avenir être considérée ; de nouveaux métiers devront y pourvoir. Mais surtout du temps dans les métiers traditionnels devra y être réservé sans considérer, comme on le fait toujours, que cela doit se faire en plus et de façon invisible. Le report sur l'utilisateur, l'absence de prise en compte du temps de travail nécessaire, ne pourront éternellement durer si l'on veut que les

investissements en TIC ne soient pas sous-utilisés.

Enfin, est également souvent sous-estimée la matérialité des TIC : le sous-équipement des services et la concurrence de nombreux personnels pour l'accès au même moment à ce matériel a des effets, nous l'avons vu (signature, code d'accès), qui limitent l'intérêt des procédures informatiques et rendent difficile l'extension vers le dossier de soins informatisé qui augmentera encore l'occupation du matériel.

3. Le "Réseau Ville-Hôpital-Clinique du Mâconnais" (RVHCM)

Les ordonnances du 24 avril 1996 ont fait des réseaux de soins un outil privilégié de l'adaptation de l'offre de soins pour satisfaire une demande d'amélioration de la qualité des soins dans ses dimensions de continuité des soins pour le malade, de globalité et de coordination. Les réseaux ne sont plus centrés sur les structures ou sur les professionnels de santé, mais sur l'optimisation de la trajectoire des patients dans une dimension dépassant l'aspect uniquement curatif (suivi, retour à domicile, insertion sociale...). Il s'agit d'un "pari sur la transversalité disciplinaire et professionnelle (...) générant une marge importante d'incertitude" (Goguey, 2001). Le rapport de l'ANAES consacré à l'évaluation des réseaux de soins (2001) soulignait qu'un des problèmes de l'évaluation des réseaux tenait à la précarité de leur financement et aux multifinancements¹ qui orientent l'évaluation préférentiellement "sur les objectifs des structures porteuses au détriment de sa propre dynamique" (p. 19). Il leur faudrait selon ce rapport "définir le contenu de leur réalité" (p.16). Par ailleurs, "ils restent une innovation qui n'a pas encore produit à ce jour suffisamment de connaissances pour être modélisée et transférable", d'autant que chaque réseau est une création singulière, "la demande d'évaluation doit donc permettre de rendre compte de ces activités singulières". L'analyse "à la loupe" de l'activité du réseau se veut une contribution à cet objectif d'évaluation. Il a été conduit en relation étroite avec les acteurs du réseau : en faisant apparaître certaines dimensions de l'activité des coordinatrices, en analysant des trajectoires des patients, en interrogeant les différents partenaires, diverses dimensions sont apparues que des questionnaires de satisfaction classiques ne peuvent saisir et qui mettent en évidence à la fois la singularité de ce réseau mais aussi des caractéristiques dont nous considérons qu'elles peuvent être généralisées à ce type de réseau.

En conformité avec sa tradition de décroisement, le Centre Hospitalier de Mâcon décide en 1997 de la constitution d'une association baptisée Réseau Ville- Hôpital qui deviendra rapidement "Réseau Ville- Hôpital- Clinique du Mâconnais", choix destiné à inclure les cliniques dans le fonctionnement du réseau. La spécificité de ce réseau Ville / Hôpital tient dans le caractère

généraliste des pathologies prises en compte, à la différence des principaux réseaux de soins plus spécialisés dans des pathologies types cancer (le réseau ONCORA situé à Lyon par exemple), diabète ou SIDA.

<p>L'objet de l'association :</p> <p>"Faciliter la coordination des professionnels de santé de la région mâconnaise, pour améliorer la prise en charge des malades de pathologies lourdes, à domicile, en particulier après un séjour à l'hôpital ou en clinique". Elle met en œuvre pour cela toutes les actions utiles à la réalisation de son objet, en particulier la formation².</p> <p>Siège : Hôpital de Mâcon</p> <p>Président : un médecin hospitalier</p> <p>Responsable : Cadre supérieur infirmier du service de Médecine</p> <p><i>Personnel :</i></p> <p>Deux infirmières coordinatrices à 50 et 80%. Une assistante plein-temps, un animateur nouvellement recruté, un tiers-temps de secrétariat.</p> <p>Un tiers-temps psychologue, un mi-temps assistante sociale et du temps infirmier supplémentaire sont prévus.</p> <p>Une cellule mobile en soins palliatifs intervient dans le réseau pour les patients en phase terminale.</p> <p><i>Participants au réseau :</i></p> <p>236 professionnels sont intervenus pour les patients du Réseau (rapport 2000), dont professionnels de santé : 64 médecins généralistes, 26 médecins d'établissements de santé (24 hospitaliers et 2 de clinique), 40 infirmiers libéraux, 38 pharmacies, 29 kinésithérapeutes.</p> <p>Professionnels autres et instances diverses :</p> <p>8 associations d'aides-ménagères, 4 assistantes sociales, 4 associations de portage des repas, des organismes de téléalarme, une association de garde de nuit, une infirmière psychologue, et même... une société de gardiennage d'animaux.</p>

Le fonctionnement propre du Réseau Ville / Hôpital repose sur le principe de la coordination de professionnels et d'institutions appartenant au secteur marchand, associatif et public et n'ayant entre eux aucun lien structurel ni contractuel. Ce rôle de coordination est confié à deux infirmières (trois en 2002) et une assistante coordinatrice chargée "d'assurer la permanence de l'accueil et d'assister

¹ Ainsi, le financement du réseau est assuré par trois canaux: le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), des fonds de l'ARH qui sont versés à l'hôpital pour le réseau, une subvention de la ville de Mâcon.

² Citation extraite des statuts de l'association

l'infirmière dans l'aspect logistique de sa fonction de coordination des soins au sein du Réseau" : coordination de deux types principaux -coordination des professionnels et familles pour le retour à domicile de chaque malade, -homogénéisation des pratiques dans le réseau par des actions de divers types (élaboration de protocoles, formation, mise en réseau des informations). Il existe également une unité mobile de soins palliatifs interne à l'hôpital qui se déplace dans le réseau pour la prise en charge des patients relevant des soins palliatifs. Le Réseau génère une activité importante pour le secteur privé.

Par ailleurs l'activité très intense se développe selon plusieurs axes avec une dimension auto-évaluative constante) essentielle à son financement et à sa pérennisation organisationnelle.

Plusieurs axes d'activités :

- ❖ organisation de la trajectoire des malades, suivi à domicile
- ❖ développement de compétences partagées au sein du réseau dont formation
- ❖ structuration de l'activité de la cellule de coordination et du Réseau et notamment informatisation et création d'outils
- ❖ réflexion sur le mode de fonctionnement (création d'outils d'évaluation de son activité : enquête de satisfaction, évaluation annuelle de l'activité, auto-évaluation dans le cadre de la procédure d'accréditation auprès de l'ANAES)
- ❖ Ouverture sur l'extérieur (permanence dans des cliniques), prestataires de service, organismes financeurs,

3.1. Photographie de l'activité

3.1.1. Le centre et le réseau : questions de terminologie

Que ce soit dans les rapports d'activité ou dans les échanges quotidiens, il y a confusion terminologique entre le Réseau Ville-Hôpital-Clinique et la petite pièce du rez-de-chaussée de l'hôpital où travaillent infirmières coordinatrices et assistante. On va au Réseau, on travaille au Réseau. Alors que l'activité du réseau concerne trois départements (Rhône, Ain, Saône et Loire) et des professionnels très divers sans lien institutionnel et diversement impliqués, les membres salariés du réseau et le lieu où il travaillent "incarnent" et donnent au réseau un visage, un territoire. Mais cette confusion terminologique génère aussi des difficultés : alors qu'un réseau est par nature réticulaire et sans centre, elle tend à imposer une image du réseau comme centralisé et comme hospitalier. Pour commode que soit cette présence à l'hôpital, la force symbolique de celui-ci tend à faire du réseau un service de l'hôpital comme un autre aux yeux des professionnels de l'hôpital bien entendu, mais aussi aux yeux des patients hospitalisés et des professionnels extérieurs que l'on cherche à faire travailler en réseau. Un autre point de vue, celui des patients revus à domicile, des

professionnels impliqués dans leurs soins, recadre différemment le regard. Vu du domicile des patients, l'instance qu'est le centre de coordination disparaît derrière l'hôpital: "*le réseau ? ah oui à l'hôpital ils se sont occupés pour quand on rentrera*". L'assimilation du réseau à un service de l'hôpital alors qu'il se présente comme une alternative à l'hospitalisation, peut être un obstacle à l'identification de son identité et de ses missions sur le territoire extra-hospitalier ; alors que le réseau souhaite diversifier la clientèle rentrant dans le réseau (les cliniques et les médecins de ville qui pourraient ainsi prévenir des hospitalisations l'utilisent très peu), cela peut aussi constituer un obstacle à l'élargissement de sa clientèle en dehors de l'hôpital.

C'est pourquoi, dans le cadre de ce propos, nous préférons utiliser le terme de centre de coordination du Réseau lorsque nous parlerons de ce lieu de travail en le distinguant du Réseau lui-même, ce dernier recouvrant deux réalités : l'instance associative et le fonctionnement effectif en réseau dans lequel interviennent des personnes et des instances qui n'appartiennent pas nécessairement à l'Association.

3.1.2 Photographie de l'activité : la part considérable des activités de structuration

Que fait ce centre ? Chargé pour le compte de l'association "de faciliter la coordination des professionnels de santé de la région pour optimiser le suivi des patients à domicile, maintenir le patient dans son cadre de vie, améliorer la qualité et la continuité des soins dans un environnement adapté au patient" (dépliant de présentation du Réseau), améliorer la prise en charge de pathologies lourdes, en particulier après un séjour à l'hôpital ou en clinique" (statuts de l'association), il prend en charge majoritairement des patients sortant de l'hôpital (88% en 2000), le reste provenant des hôpitaux locaux et un peu des cliniques. Il n'y a que très peu de demandes des médecins de ville ou des familles pour maintenir des patients à domicile.

Une activité en croissance exponentielle :

En trois ans, le réseau Ville / Hôpital est passé de 98 prises en charge en 1999, 107 en 2000 et 207 en 2001. 88% des entrées dans le réseau se font sur demande du Centre Hospitalier en 2000, 93 % en 2001, 1 % seulement de la clinique, 2,5% du domicile

Un nombre croissant de patients ne font que passer dans le réseau (attente d'une place en convalescence ou long séjour) ou mise en place ponctuelle d'une aide.

84 % des patients sont âgés de plus de 60 ans, 72% de plus de 70 ans. Ils habitent sur les trois départements : 80% en Saône-et-Loire, Ain (17%) et Rhône (3%).

71% des patients sont suivis entre 1 et 4 mois.

Pathologies représentées :

La cancérologie/hématologie pour 36% des cas, dont 10 cas de chimiothérapie à domicile, la neurologie (Alzheimer, AVC, démence, Parkinson...) pour 25% du total. Les soins palliatifs et fin de vie dans 10% des cas en 2001. Dans de très nombreux cas il s'agit de poly-pathologies et les patients sont à 75% classés comme très lourdement dépendants.

Soins continus et soins de phase terminale sont les soins essentiellement dispensés aux patients du réseau. Des soins lourds telles les chimiothérapies y sont également dispensés.

Les sorties du réseau

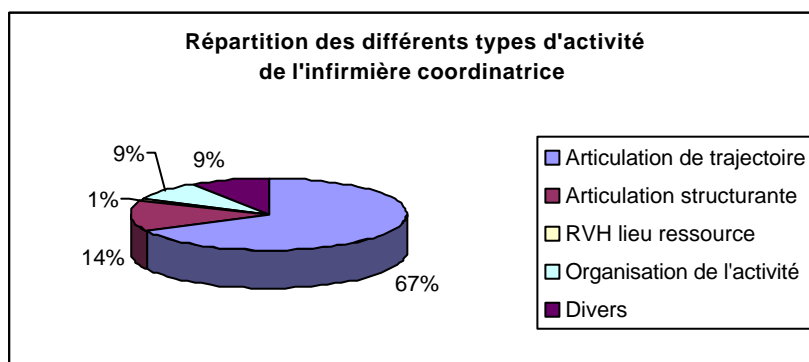
Inutilité de coordination (32% des cas), ré-hospitalisations, décès (32%), arrêt des soins ou du traitement (25%), placement dans une institution (11%).

De fait, l'étude de l'activité des infirmières coordonnatrices et de l'assistante (diagrammes 1 et 2) montre la part importante prise par les activités de coordination au bénéfice des patients. Ce travail que nous avons appelé activités-patient ou "articulation de trajectoire" en ce qu'il vise non seulement à coordonner des intervenants mais aussi, et c'est le plus difficile, à rendre cohérentes des actions relevant de divers systèmes, de diverses logiques avec le système de vie du patient lors de son retour ou maintien à domicile. La trajectoire du patient débute lorsque l'infirmière coordinatrice reçoit du service d'hospitalisation l'information selon laquelle le patient x rentre dans le réseau à la demande du médecin hospitalier généralement et comprend toute la phase de recueil d'information, d'analyse de la situation, d'organisation et de coordination des soins. Elle se poursuit le temps que le patient est suivi par le réseau tout en étant à domicile, jusqu'à ce qu'il sorte de ce dernier (soins terminés, départ pour une institution spécialisée, décès).

Mais en réalité cette "activité patient" à laquelle l'infirmière coordinatrice consacre 67% de son temps, ne représente qu'une petite moitié des activités du centre. Un temps considérable est consacré aux *activités d'"articulation structurante"* qui sont destinées à faciliter le travail d'articulation de trajectoire en préparant le travail en amont par l'organisation du réseau et la production collective de savoirs et de procédures à l'usage des professionnels et des patients et de leur entourage est considérable.

Types d'activités structurantes	Actions effectivement faites dans le réseau
Animation du réseau	Groupes de travail et de réflexions, réunions, etc
Structuration et conception du réseau	Création d'outils, évaluation, organisation matérielle, procédures
Formation	Animation de formation et création de supports

Diagramme n°1 : activités des professionnels du centre de coordination



Erreur! Des objets ne peuvent pas être créés à partir des codes de champs de mise en forme.

Source : Johann Henry 2002

Contrairement aux impressions des acteurs sur le terrain qui ont le sentiment que c'est l'articulation de trajectoire qui est la plus grosse consommatrice de temps, l'articulation structurante représente pratiquement un temps plein du binôme (82% du temps de l'assistante et 14% du temps de l'infirmière coordinatrice). Il faudrait naturellement prendre en compte également le temps qu'y consacrent le président du réseau, le nouvel animateur réseau récemment embauché, et les autres personnes qui s'impliquent dans les réunions de la cellule d'animation du réseau ou dans le CA, mais le calcul reste à faire si l'on veut vraiment évaluer l'activité du réseau. S'il est logique qu'en période de structuration, le temps consacré précisément aux activités de structuration soit très

important, il n'est pas sûr pour autant qu'il doive beaucoup décroître si le niveau d'exigence croît en même temps que les réalisations.

Ces deux types d'articulation représentent la part la plus importante du travail du binôme de coordination. Deux autres types d'activité sont également présents : celles liées au RVH – lieu ressource (réponses aux demandes d'information des patients, des familles, des professionnels) et les activités d'organisation du travail, que ce soit l'organisation quotidienne des infirmières ou la gestion mensuelle des entrées dans le réseau, appelées tout simplement organisation du travail.

3.1.3 L'articulation de trajectoire vue du centre de coordination

A l'hôpital, comme le remarquait E. Minvielle, on gère la singularité à grande échelle : l'étude des trajectoires de patients à l'hôpital (Grosjean et Lacoste, 1999) a montré combien elles étaient difficiles à gérer du fait des aléas tenant à la maladie elle-même, aux réactions du patient, aux aléas du traitement, et à l'organisation des services. Mais l'ordonnancement des opérations, la standardisation des soins, l'aspect systématique des procédures, et la coupure entre les patients et leur milieu de vie sont là pour limiter au maximum la singularité. Tous les patients sont dans la même situation durant leur séjour : mêmes lits, même nourriture, conditions égales de dispense des soins garantie par le matériel en place et disponible pour tous, "tour des malades" qui assure un traitement égal de chacun, place restreinte de la famille qui ne vient qu'en "visite". Tout est organisé pour que la singularité soit celle seulement des réactions du patient à la maladie et au traitement.

Par ailleurs à l'hôpital, l'hébergement, l'hygiène, la restauration tout autant que le soin sont dispensés par des professionnels rétribués et à disposition de l'hôpital, voire sujets à réquisition pour assurer la continuité du soin. Leur présence est hautement prévue et prévisible, leurs interventions respectives (tours successifs et ordonnés) sont planifiées dans le temps et l'espace autant que faire se peut pour rendre les soins possibles. Les prestations sont sujettes à contrôle de diverse nature dont le moindre n'est pas le fait qu'elles sont dispensées dans un espace public collectif, chacun étant témoin du travail des autres.

Dans le réseau au contraire, il s'agit de mobiliser des ressources hétérogènes sans lien entre elles (professionnels en libéral, prestataires, pharmaciens, associations, municipalités), sans autorité sur aucune d'elles et sans aucune obligation contractuelle pour aucune d'entre elles d'intervenir. Comment le centre organise-t-il cette articulation de trajectoire ?

3.1.4 Singularité et retour à domicile : une remise en cause du modèle de la clinique

Dans le réseau, la singularité de la maladie et du patient est redoublée par une singularité bien plus importante encore, celle de l'espace de vie du patient. Les conditions de mise en place du réseau sont à chaque fois différentes en ce qu'elles dépendent :

- du lieu et des modalités d'appel au réseau (hôpital de Mâcon ou d'ailleurs)
- de la famille et de l'environnement social (ressources financières, sociales, relations familiales, état de santé, proximité et disponibilité de ses membres)
- du territoire : pénurie ou non de professionnels dans le secteur, vitalité du réseau dans le secteur
- des organismes sociaux et des droits de la personne
- de l'aménagement de l'habitat.

Malades graves, et/ou dépendants avec des poly-pathologies, et/ou très âgés et dans ce cas le plus fréquent, souvent confus, chaque cas est particulier : à chaque retour, il faut mettre en place des conditions pour gérer la compatibilité du traitement et de l'état physique du patient avec un environnement matériel généralement pensé pour une vie en bonne santé, avec un environnement social et familial fortement impliqué par les décisions de retour à domicile, et avec les ressources financières et intellectuelles du patient et de la famille. Les problèmes à traiter sont médicaux pour partie mais contrairement à l'hôpital, aucune solution standard ne peut les régler et il s'agit, pratiquement à chaque fois, de négocier à tous les niveaux cités, des arrangements qui sont non seulement singuliers, mais le plus souvent provisoires : ils tiennent à tant de fils différents qu'à chaque instant, un de ces fils peut se rompre et remettre en cause l'architecture complexe mise en place pour la prise en charge.

Ce mouvement va dans le sens opposé de ce qui a constitué la clinique médicale elle-même qui, à la fin du 18ème siècle selon M. Foucault (1963), s'est détachée " de la personne malade " pour s'attacher au " fait pathologique indéfiniment reproductible chez tous les malades semblablement atteints " (p.97) et qui a constitué l'hôpital comme lieu spécialisé pour la clinique en le séparant du domicile. Or dans le réseau, il ne s'agit pas de penser la trajectoire d'un patient diabétique, atteint de Parkinson mais de penser celle de M.Bolo qui vit seul, n'a aucun ami, enfant, femme, afin qu'il puisse rester dans sa maison qui a un escalier branlant et mal éclairé où il risque de tomber plusieurs fois par jour, en prenant son traitement, en ne se laissant pas " glisser " (physiquement et moralement). Il s'agit de se demander comment faire pour que Madame Dalan, femme de 32 ans, 2 enfants, cancer du sein, métastases cérébrales, qui a voulu avec l'accord de sa famille rentrer à la maison pour mourir et où l'on doit installer un véritable hôpital puisse effectivement rester chez elle sans souffrance supplémentaire pour elle, et sans que la famille ne s'effondre moralement et physiquement. Il ne s'agira pas seulement alors de trouver les moyens médicaux, de mettre en place des soins palliatifs à domicile, mais d'aider la famille à soigner la mère et à faire face à la détresse des enfants, et à chaque fois dans le même espace, celui de la maison.

En ramenant les patients à domicile, on retrouve le “mélange ” des genres entre vie privée et médecine que le développement des pratiques hospitalières avait cherché à rompre. Ce “ mélange ” des genres inaugure-t-il une révolution inverse qui amènerait à une nouvelle clinique de la singularité ? Nous reverrons cette question plus tard.

3.1.5 Une activité sous multiples contraintes

La complexité inhérente à la prise en compte du traitement du patient dans son environnement de vie à domicile génère des contraintes importantes pour la mise en place de l’articulation de trajectoire. D’autres contraintes externes et liées notamment au contexte de pénurie dans le système de santé actuel pèsent fortement sur la mise en place de solutions.

Le cas de madame Plume :

Madame Plume a 99 ans. Le médecin du service demande au réseau d’organiser la sortie à domicile de cette patiente. Il a besoin du lit. Hospitalisée à cause d’un tassement vertébral et d’une dégradation de son état de santé général, elle a fait deux chutes en un mois, elle ne pouvait plus manger toute seule, ni se lever, ni s’habiller. Elle n’a pas de pathologie particulière. Ancienne comptable, elle a toute sa tête, gère toujours ses affaires financières et sait ce qu’elle veut. Son petit-fils et son arrière-petit-fils s’occupent d’elle régulièrement. Elle dit qu’elle veut rentrer chez elle, qu’elle a une femme de compagnie, qu’on s’occupe assez d’elle. Mais son arrière-petit-fils dit à l’assistante sociale qu’en réalité, elle ne veut pas rentrer chez elle car elle a entendu dire qu’elle ne devait pas rester seule ; elle a donc peur de rentrer, à moins qu’il y ait une femme avec elle durant la nuit. Mais elle a déjà une dame de compagnie le jour, donc la famille et la centenaire considèrent qu’ils ne peuvent pas payer ce coût supplémentaire. L’infirmière propose de demander une APA (allocation dépendance) mais le problème est que ce sont les revenus qui sont pris en charge et les siens sont trop élevés pour en bénéficier. La solution est de la mettre en maison de retraite. Une demande a été faite pour son placement en maison de retraite par l’assistante sociale, mais les délais d’attente sont de 8 mois. De plus la centenaire ne veut pas de cette maison de retraite mais d’une autre qui est encore plus demandée.

IC : alors il y a plusieurs solutions. Soit on prend quelqu’un le soir qui passe, une infirmière, mais c’est vrai qu’elle ne passera pas... car elle expliquait qu’elle se couchait après les infos, le 19-20. A 20H, bien souvent les infirmières sont déjà passées donc ça sera un petit peu plus tôt. Une solution aussi pour se garantir la nuit pour pas qu’elle tombe par exemple c’est de lui mettre un lit médicalisé avec des barrières éventuellement. Et puis autrement il y avait la solution c’est vrai d’avoir une garde de nuit, m’enfin une garde de nuit 7 nuits par semaine vous imaginez le coût ? ”

AR.PF (arrière-petit-fils) Je paye déjà une dame de compagnie la journée, Josette, donc le problème... (Problème financier).

IC Alors il y a peut-être une possibilité également d’avoir une téléalarme éventuellement.

ARPF J'suis pas pour, j'veins vous expliquer pourquoi : La sonnette au-dessus du lit, elle appelle ça la clef, elle est sans cesse en train d'appuyer dessus, elle va faire qu'appeler ! J'vous dis pas, même la nuit, ça va être infernal.

IC il faut qu'on s'arrête à une décision

ARPF Parce que là-bas en haut c'est qu'eux aussi ils m'disent qu'il faut libérer des lits

IC Le problème il va être là après, on va être pris dans cette impasse

ARPF Le Dr F m'a dit qu'il faudrait activer pour lâcher le lit ben oui oui mais moi j'ai pas la science infuse. Si moi y avait un lit euh ben, si on me dit y a un lit, c'est bon on prend votre grand-mère, le problème... j'liberais tout quoi. Ça peut commencer en convalescence et après on peut la basculer en long séjour.

IC Mais là en ce moment c'est tout pris.

ARPF Parce que moi aussi j'ai d'autres soucis, j'ai l'employée il va falloir aussi qu'est-ce que j'en fais. Si mamie est placée il faut que je la licencie mais elle a 59 ans, elle est à la retraite au mois de décembre, on en a déjà parlé tous les deux, il y a deux mois de préavis plus ses congés donc trois mois, ça lui reste septembre mois d'ASSEDIC, ils vont même pas lui chercher du travail. Il faut que je sache tout comment on procède....

Le cas de cette patiente qui n'a aucune grave pathologie est emblématique du quotidien des infirmières coordinatrices qui exercent leur activité sous contraintes multiples. Tout est là : la pression des services de l'hôpital pour sortir plus vite les patients et libérer des lits, la pénurie de places en long séjour, moyen séjour, en maisons de retraite et de convalescence dont relèveraient de nombreux cas traités au réseau, le coût des soins à domicile dès que la personne vit seule et doit être accompagnée jour et nuit sans conjoint à la maison, des aides sociales complexes à mettre en œuvre et qui pour certaines sont sous condition de ressources, des enfants qui ont leur vie et qui ne peuvent être là 24h/24 ni payer les surcoûts importants imposés par cette absence de présence.

Bien que ce ne soit pas le cas ici, une autre pénurie récurrente est celle des infirmières libérales : or sans infirmière libérale pour s'occuper des soins d'un malade, il ne peut pas sortir.

IC : oui bonjour, Nathalie au réseau ville hôpital. L'infirmière coordinatrice. J'ai un patient qui va rentrer à domicile qui habite Emeringes/ et qui euh aurait besoin d'une intervention tous les matins pour une aide à la toilette...

IC : voilà... donc ma demande c'est de savoir si vous pouviez le prendre en charge tous les matins

Mme P.(responsable du SSIAD) : ben nous on est bien bien bien chargés

IC : donc y'a pas d'possibilité...

P : la semaine prochaine vous dites/

IC : ben OU fin de semaine. Ou début de semaine prochaine suivant comment les intervenants étaient disponibles...

P/ ouais ben... nous à notre niveau on pourra pas... faut essayer de voir avec les infirmières/

IC : y'en a sur Emeringes/

P : euh. Sur Emeringes non mais à la Chapelle de Ginchey vous avez l' cabinet infirmier Bernard euh...

IC : oui bon elles sont archi pleines en c'moment enfin. C'est archi plein ; en c'moment...

P : et vous pensez que ça va être encore archi plein là/

IC : ben ... écoutez moi j'veux bien les rappeler mais euh... j'ai appelé la semaine dernière et elles ont pas pu me prendre deux patients parce que elles étaient trop euh... y'avait trop d'travail enfin surtout pour un nursing en plus...

P : et alors qu'est-ce que vous en faites de ces patients/...

IC : ben les problèmes il est là (petit rire jaune) c'est que quand on n'a pas d'place on essaie de trouver des solutions mais c'est difficile hein...

La discussion continue encore quelques minutes et se termine sans qu'une solution ne soit trouvée.

Le contexte local, la disponibilité prévisible des professionnels de l'aide à domicile vont jouer dans la qualité et la nature du dispositif proposé. Lorsque l'infirmière coordinatrice sait que dans le secteur il y a un goulet d'étranglement, elle adapte sa proposition: à la place d'auxiliaires de vie manquantes, un peu plus de temps infirmière ou diminue l'offre d'aide, ce qui peut, soit entraîner un refus de la famille qui estime le dispositif trop léger, et annuler la sortie du patient, soit entraîner des ré-hospitalisations rapides. Dans ce cas, tout le travail préalable n'aura servi à rien. Par ailleurs, puisque rien n'oblige les infirmières libérales à prendre en charge un patient, le contexte de pénurie permet de refuser les patients les plus lourds ou les plus désagréables du fait de leur caractère ou de la nature des soins à leur dispenser : ainsi l'IC ne parvient-elle pas à faire prendre en charge un patient ayant une dialyse péritonéale, soin " sale " et peu agréable à réaliser régulièrement.

La pénurie en amont qui pousse à la sortie et la pénurie en aval qui empêche la sortie mettent le réseau au cœur des contradictions du système : il apparaît pour les services comme un nième service de l'hôpital chargé d'écouler le trop plein de patient. Mais qu'il fasse sortir des patients trop lourds, sans une prise en charge suffisante et c'est la réhospitalisation assurée.

Un exemple éloquent parmi d'autres :

M. Garantier “ *un vrai roman, je m'en suis vu avec lui* ”dit l'infirmière. Une première fois entré dans le réseau, avec déficit du membre inférieur gauche, suite à AVC. S'alimente seul, élimination autonome, instable sur ses jambes. Besoins au lever et au coucher, lever au fauteuil, aide pour se déplacer. Aide ménagère une fois par semaine : aide à la toilette (matin et soir). Ressorti [du réseau] pour hospitalisation suite à des troubles neurologiques. La consultation de la fiche de suivi du patient montre que du 20-12 au 14.01 l'infirmière cherche à trouver une solution pour le malade : 6 centres de convalescence sont contactés sans résultats. Recherche pour prise en charge ADMR et infirmière à domicile : 5 jours avant d'avoir une réponse, l'ADMR est en cours de recrutement, elle n'a personne. Un autre service d'auxiliaires de vie ne peut que certains jours. Et il n'y a personne pour les nuits. Finalement au bout de pratiquement 4 semaines, tout est en place le 17.01 où le malade rentre chez lui avec sa fille. Le 22.01 il est ré hospitalisé pour embolie pulmonaire. Il ressort dans le réseau avec le même dispositif que précédemment le 1^{er} mars. Le 4, le généraliste appelle pour dire que le maintien à domicile n'est plus possible aux dires de la fille qui demande la ré-hospitalisation. Toujours pas de place en maison de convalescence. Il est réhospitalisé le 6 mars.

Les objectifs affichés des réseaux de constituer une alternative à l'hospitalisation et de mettre le patient au centre sont difficiles à réaliser dans le contexte de pénurie de lits où la sortie dans le réseau est souvent la seule solution offerte comme en témoignent la plupart des entretiens de sortie que nous avons enregistrés et cette statistique sur 3 mois.

Sur 62 entrées entre janvier et mars 2002, 32 rentraient dans le réseau en attente de place en institution spécialisée. Plus de la moitié de ces patients trouvent finalement une place en institution alors même que l'IC est en train d'organiser la coordination des soins à domicile.

Temps perdu estimé à partir de nos données : 35h sur trois mois

Le coût estimé en temps de travail de ces abandons prévisibles est important si on le ramène à l'année. Étant donnée la part de plus en plus grande prise par les personnes âgées et le cumul des difficultés qu'elles présentent le plus souvent (difficultés à communiquer, réticences à accepter du monde chez elles d'où une plus grande nécessité de négocier, besoins en aides globalement plus

importantes, plus grande difficulté à trouver des intervenants...), ce coût est très certainement sous-estimé car nous ne disposons pas de données statistiques longitudinales sur les ré-hospitalisations et départ en long séjour ou maisons de retraite. Par ailleurs ces échecs représentent un poids de souffrance pour les patients et les familles, le retour à domicile ne se faisant jamais dans ces cas-là dans les meilleures conditions. On peut, à cet égard, se demander quelle évaluation pourra être faite de ces divers aspects. Enfin, la pénurie et le choix libre des professionnels de prendre ou non en charge les malades alors que ceux-ci n'ont pas le choix de rester à l'hôpital ou d'être placés pourraient remettre en cause l'égalité d'accès aux soins. Ceci dit, il est clair que cette situation n'est pas générée par le réseau et que celui-ci permet que ce retour, même difficile, puisse s'organiser le mieux possible étant donnée la conjoncture.

3.2. Le travail de trajectoire : un “ travail de nouage ”, d'engagement et de négociations

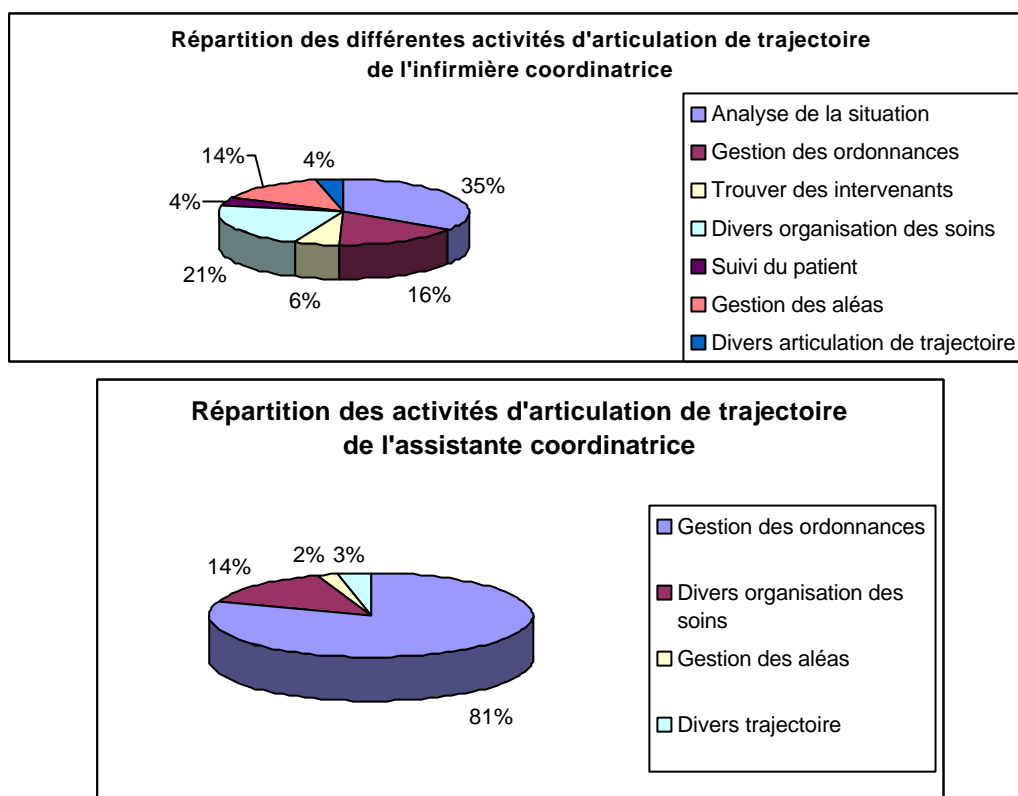
Le travail de l'IC vu du centre apparaît comme un travail de nouage à plusieurs niveaux dans le sens développé par Engeström lorsqu'il parle de “ *knotworking* ”. Il s'agit de construction de relations collaboratives au moment où la tâche le requiert, selon des configurations changeantes le long de trajectoires de temps et d'espace. Selon cet auteur, le *knotworking* apparaît lorsqu'il y a co-configuration entre clients, produits, entreprises. Mais contrairement aux exemples qu'il a étudiés, les configurations changeantes ne dépendent pas seulement des circonstances et des personnes en présence : il y a une entité organisationnelle chargée, du moins au départ de l'hôpital, de ce travail de co-configuration entre des entités sans cesse mouvantes, singulières par définition et sous contraintes fortes comme nous venons de le voir.

Dans son travail de coordination, l'IC va en effet devoir co-configurer un espace, un temps et l'action de personnes sans règle ferme, sans contrat formel, sans lien structurel entre les acteurs autre que leur engagement qu'il s'agit d'obtenir sans qu'à aucun niveau elle n'ait l'autorité pour imposer quoique ce soit. Elle a ce mandat d'organisation, doit choisir des mandataires du soin sans pouvoir ni leur donner d'ordre (pas de relation hiérarchique), ni passer un contrat commercial, l'aspect commercial ne passant que par le patient qui est en réalité le financeur du soin par l'intermédiaire des caisses de maladie. Elle ne pourra donc obtenir ce “ nouage ” et l'engagement des acteurs que par consensus et par le biais d'un processus constant de négociation à tous les niveaux et avec tous les acteurs. Leur implication devra, de plus, être simultanée pour que le nouage se fasse : qu'un fil manque et c'est tout le travail, le nœud qui est à refaire.

3.2.1 La co-configuration itérative du réseau pour chaque malade

La sortie est décidée par le médecin, nous l'avons vu. A partir de ce moment, l'infirmière coordinatrice va développer son travail en plusieurs étapes qui peuvent durer de quelques jours (une semaine le plus souvent) à un mois dans les cas les plus difficiles.

Ce travail est pour l'essentiel celui de l'infirmière coordinatrice et pour une petite partie celui de l'assistante et il recoupe en grande partie ce que nous avons appelé articulation de trajectoire (sauf le suivi et la gestion des aléas).



Source : Johann Henry 2002

En ce qui concerne l'entrée dans le réseau on peut distinguer les étapes suivantes :

Étapes du traitement d'une demande de sortie (durée : quelques jours à un mois)

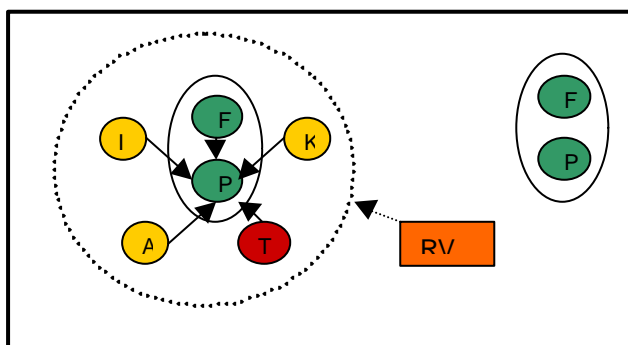
1. Analyse de la situation et étude des besoins
 - Avec les médecins et infirmières à l'hôpital
 - Avec le patient et la famille : que veulent et peuvent la famille et le patient ?
2. Organisation des soins : Trouver des intervenants
3. Organisation de la prise en charge financière
4. Organisation de la vie quotidienne

Ce déroulement apparemment linéaire masque le processus par lequel va se co-configurer le réseau de soins : du schéma idéal pensé par l'infirmière coordinatrice avec les soignants de l'hôpital au réseau effectif tel qu'il sera effectivement mis en place après la sortie, la route est d'autant plus longue et les changements nombreux que le cas est lourd, les aides importantes, et la famille restreinte en ressources matérielles, morale ou physique. L'IC sait quand elle commence une prise en charge mais rien ne prouve qu'elle arrivera à la mener à son terme.

M. Bill est un patient qui a une sclérose en plaques et est tétraplégique. Avant son hospitalisation, sa femme s'occupait de lui à domicile depuis 10 ans. La sortie est prévue dans le réseau. Les besoins en aides de toute sorte étant lourds et importants, la sortie a été préparée avec beaucoup de soin par les IC. Mais deux jours avant le retour à domicile, son épouse appelle le réseau pour dire qu'elle n'est plus d'accord pour reprendre son mari chez elle. De plus, l'épouse est tombée elle-même malade pendant l'hospitalisation de son mari... Même si la situation voudrait que le patient rentre en établissement spécialisé, le manque de place impose le retour à domicile. Les infirmières ont donc du prendre le temps de négocier avec l'épouse, pour arriver à la convaincre au moins pour un "essai" de quinze jours (en espérant que cela continue après). Mais ce contretemps imposé par une négociation supplémentaire a nécessité de repousser la date de sortie et de recontacter tous les intervenants pour informer du changement de date.

L'infirmière coordinatrice n'est pas décideur. Elle gère ce que les médecins et les services lui transmettent. Elle ne renégocie généralement pas d'accord avec le patient, tout se passant comme si l'accord était trouvé entre le médecin, le patient et la famille sur cette formule alors que cela est loin d'être toujours le cas, la sortie dans le réseau étant souvent présentée comme la seule issue possible. Après visite dans le service, rencontre avec médecins et infirmières, elle va alors construire une représentation mentale des aides et services, sorte de "réseau d'articulation idéal" qu'il conviendrait d'apporter au patient en fonction de ce qu'elle a appris des médecins et infirmières dans le service.

A1. Réseau d'articulation idéal



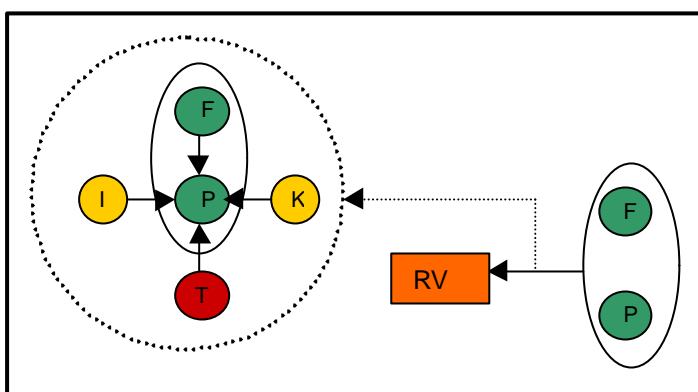
A1. L'IC souhaite par exemple ici (cas fictif) une infirmière deux fois par jour, une auxiliaire de vie une heure par jour, un kiné deux fois par semaine, et l'installation d'une télé-alarme.

Légende :

RVH : Réseau Ville Hôpital ; **P** : patient ; **F** : famille ; **I** : infirmière ; **A** : Auxiliaire de vie ; **K** : kiné ; **T** : téléalarme ; **M** : médecin

Aussitôt après, elle se rend près du patient (et de la famille si elle est là) pour proposer et négocier ce schéma.

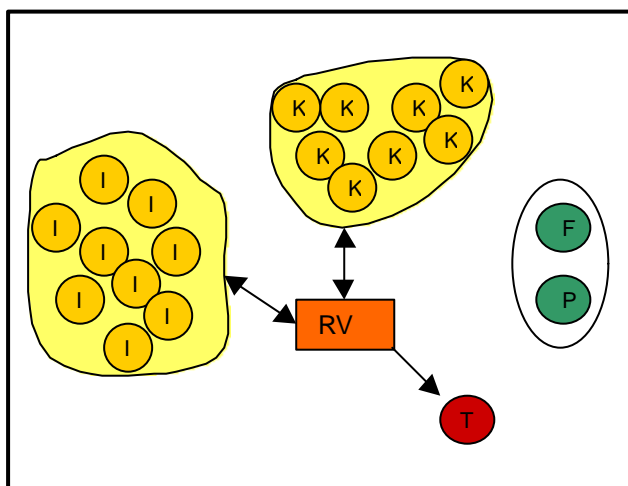
A2. Réseau d'articulation négocié avec la famille



A2. A l'issue de la négociation, c'est en réalité ce que *le patient et la famille* auront décidé qui sera organisé par l'IC ; le "réseau d'articulation négocié" est ici différent de ce qui avait été prévu par l'IC : l'auxiliaire de vie a été refusée, et l'infirmière ne passera que deux fois par semaine.

Dans certains cas, l'infirmière va à domicile mais la plupart du temps ce travail se réalise dans le service où le malade est hospitalisé.

B. Enrôlement des professionnels



Source : Johann Henry 2002

B. L'IC contacte les professionnels de la région afin de *négocier leur participation* au réseau. Une fois que la négociation a abouti, l'IC attribue une tâche à chaque acteur, tâche qui peut à nouveau être négociée. L'établissement de la liste des entités intervenant autour du patient ainsi que de leurs tâches respectives est inscrite sur le dossier patient. Les ordonnances sont réalisées : ces inscriptions marquent la rédaction de l'ordonnance marque la naissance du "réseau d'articulation réel".

C. La stabilisation du dispositif : la rédaction d'ordonnance

Lorsque cet enrôlement est terminé, la configuration du réseau est faite : une série d'inscriptions vont stabiliser le dispositif ; l'infirmière inscrit dans le dossier patient les intervenants qui ont donné leur accord verbal. Le lien contractuel entre médecin prescripteur du dispositif, prestataires professionnels et commerciaux va s'établir via l'ordonnance qui constitue le "mandat" pour les professionnels et permet la prise en charge financière par la Sécurité Sociale et les Mutuelles. L'ordonnance est du ressort des médecins qui ont à la signer. Mais leur rédaction dans le réseau a été prise en charge par les infirmières car l'ordonnance est un lien entre les divers intervenants et sa clarté est essentielle pour que les soins puissent être donnés correctement. De ce fait la gestion des ordonnances représente un temps conséquent de l'activité de l'infirmière (16%).

Gestion des ordonnances

Lundi 21

9h16 L'IC lit sur son planning : " faire ordo M. Bl. ". Ne sachant pas ce qu'elle doit noter sur l'ordonnance, elle appelle le service de dermato. Occupé.

9h20 IC commence à dicter à l'assistante coordinatrice les ordonnances de l'aide soignante et des soins infirmiers pour M. Bl. " *faut faire une ordonnance aide soignante pour commencer, avec un passage le matin, uniquement matins et soirs tous les jours. C'est le docteur R. "*

Em : j'mets aide soignante/

IC : alors tu mets aide soignante oui...

Em : tous les jours/

IC : oui tous les jours... (...) donc tu mets toilette complète au lit... massage prévention d'escarre... surveillance de l'état cutané... aide à l'habillage... aide au lever... et puis il a un penilex ce monsieur donc mise en place d'un penilex...

Elles terminent l'ordonnance, et commencent à rédiger celle de l'infirmière.

9H30 IC rappelle la dermato pour l'ordonnance de soins. Elle informe le service que M. Bl. va partir le jour même. A propos de l'ordonnance, décision est prise que ce sera le service de dermato qui s'en chargera et qui transmettra.

9H46 Après une interruption due à l'intervention d'une assistante sociale au bureau, l'infirmière et l'assistante reprennent la rédaction de l'ordonnance soins infirmiers, la terminent, l'impriment et en font une photocopie.

10h12 L'IC monte dans le service où se trouve M. Bl. et va voir le médecin qui le suit. Elle lui présente les ordonnances qu'elle a réalisées, en les lui expliquant. : " *j'vous explique. L'infirmière sera là le matin en fin d'après-midi faire son pansement et le lever et le soir elle passe faire le nursing du soir avec une petite surveillance de la douleur des choses comme ça... et le matin ce sont les aides soignantes qui font la toilette...*

Méd : très bien alors c'est qui va nous manquer c'est le détail dont j'ai pas trouvé dans l'dossier pour la dermato...

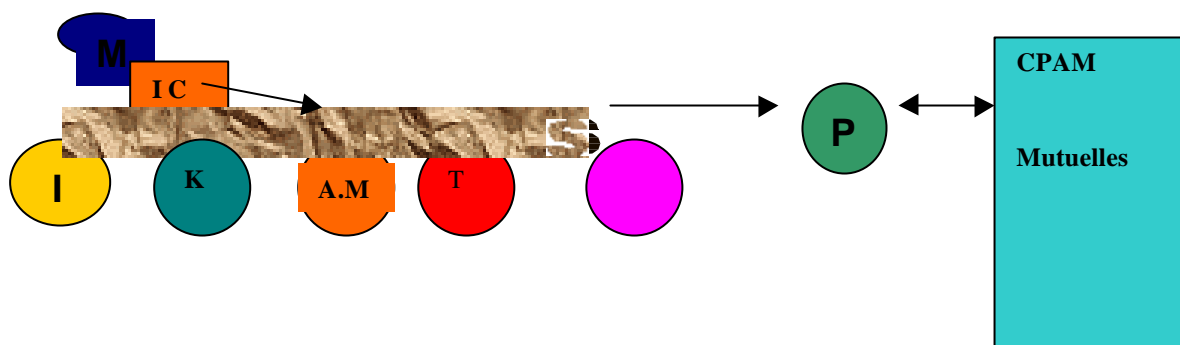
IC ; alors la dermato y s'en occupent parce qu'en principe moi quand elles envoient en dermato.... C'est le médecin de dermato qui fait l'ordonnance...

Méd : faudrait qu'il me les fasse passer alors... qu'on en ai une photocopie... donc il me reste à faire les médicaments mais là je...

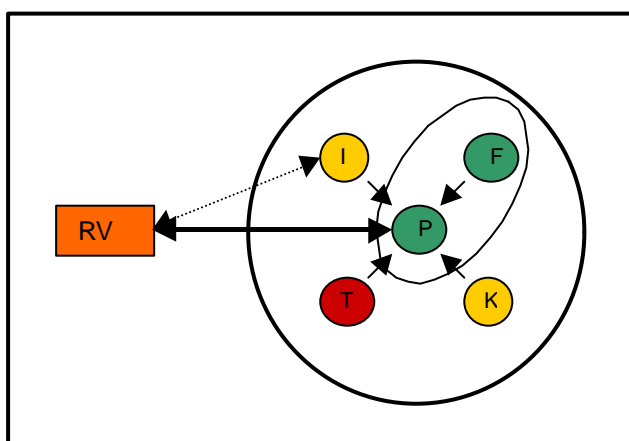
IC : et puis le kiné parce que moi au niveau du kiné je savais pas c'est qui fallait noter exactement comme c'est quand même un...

La discussion continue sur les ordonnances ; le service se chargera de faire celles qui manquent. IC rappelle qu'il faut bien qu'il n'oublie pas de les signer avant le départ du patient et s'en va.

L'ordonnance joue donc un rôle central dans la stabilisation de la co-configuration du réseau et dans la mise en place de l'agencement organisationnel qui relie médecins hospitaliers, réseau, prestataires privés, patient et CPAM.



D. Réseau local réel

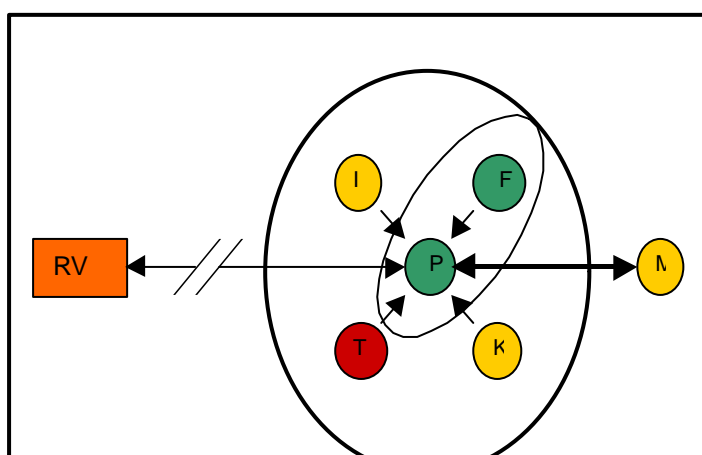


D. Le “réseau d’articulation” prend naissance lorsque le patient quitte l’hôpital. L’IC garde au départ un contact avec le patient (et en général avec l’infirmière) afin de garder un œil sur l’évolution du patient et d’apporter des modifications éventuelles au réseau d’aides mis en place.

Source : Johann Henry 2002

Si le réseau local marche bien, ce que l’infirmière vérifie dans les premiers jours du retour à domicile, le réseau s’autonomise.

D1. Autonomisation du réseau local



D1. Le patient ou l’un des membres de sa famille devient directeur de trajectoire et gère les aléas de l’articulation en faisant appel directement aux ressources locales (association d’aides soignantes, médecin traitant, infirmière, autre) voire au médecin hospitalier qu’il connaît.

Source : Johann Henry 2002

Les liens se relâchent avec le centre et se réduisent au mieux à un coup de téléphone du réseau soit au patient soit à l'infirmière libérale pour le suivi. Mais cette activité n'est pas réalisée de manière systématique et elle n'occupe que 4% du temps de l'IC.

D2. Gestion des aléas et reconfiguration

En cas de survenue de problème majeur, la famille ou un des membres du réseau local reprend contact avec le centre. En fonction du problème, l'IC va devoir, ou faire sortir le patient (hospitalisation ou autre institution), ou reconfigurer le réseau partiellement ou totalement, parfois en se rendant sur place.

D3. Reconfiguration de crise : groupe multidisciplinaire, patient et famille

Dans certaines situations très lourdes, cette reconfiguration s'est faite en réunissant tous les acteurs du soin y compris les médecins hospitaliers et la famille pour redéfinir les besoins, les moyens et les modalités de prise en charge.

Ainsi cette femme de 32 ans, cancer du sein avec métastases cérébrales, mariée, deux jeunes enfants. Un véritable hôpital est installé à la maison. La situation est devenue critique psychologiquement pour tout le monde. Une réunion est organisée au domicile avec toute la famille, y compris les enfants et les professionnels du réseau local avec l'infirmière coordinatrice. Durant une demi-journée ont été envisagés les problèmes techniques, juridiques, sociaux et éthiques de fin de vie.

A l'issue de cette réunion, une autre réunion d'anamnèse s'est tenue avec le médecin traitant de ville, celui de l'hôpital, et toute l'équipe soignante pour aider l'équipe à reprendre en charge cette femme et sa famille.

E. Dissolution du réseau local

Une fois son mandat terminé (les soins sont terminés ou le patient part en institution, décède...), le “réseau d’articulation” local se dissout.

3.2.2 Engager simultanément les acteurs dans la co-production

Un tel schéma peut faire croire à des étapes successives. Mais en réalité, avant le retour à domicile, les négociations portent sur l’enrôlement des acteurs et leur engagement dans une configuration spécifique où tout se tient : la famille accepte de reprendre la personne s’il y a assez d’aide. Mais l’aide suppose prise en charge financière *et* disponibilité des professionnels. Que l’un fasse défaut et tout est par terre. Il faut donc que l’infirmière coordinatrice co-configure simultanément dispositifs, intervenants et famille. Evidemment la simultanéité totale n’est pas possible : l’engagement de l’un sert à engager l’autre. Et l’infirmière qui ne dispose d’aucun pouvoir sur les différents intervenants va jouer de l’engagement de l’un pour engager l’autre, comme on le voit dans d’autres secteurs (notamment les co-financements pour les co-productions de spectacles). Mais naturellement les fils sont fragiles, celui que l’infirmière considère comme engagé parce qu’il n’a pas dit non, ne se considère pas nécessairement comme tel. Considérant qu’on lui force la main, il va prendre prétexte du faible engagement d’un autre fil pour se défaire du sien comme dans l’exemple de M. Bollian :

M. Bollian (53 ans) est rentré à l’hôpital après s’être cassé une jambe mais il a également un cancer et ne veut plus se faire soigner. Il est considéré comme étant en fin de vie. Etant par ailleurs légèrement psychotique, il est logé et pris en charge par un organisme d’aide aux personnes ayant des problèmes mentaux³. Le malade ne recevant plus de soins, il n’a plus de raison de rester à l’hôpital. Le médecin hospitalier demande donc l’intervention du réseau pour un retour à domicile, aucune place n’étant disponible en maison de long séjour.

L’IC rencontre donc le patient et contacte l’organisme pour faire le bilan de la situation. Il se dégage : (1) que l’organisme ne veut pas de ce retour à domicile, invoquant que le patient est dangereux lorsqu’il est seul chez lui ; (2) le frère du patient, seule famille restante, ne veut pas non plus de ce retour à domicile ; (3) le patient n’est pas très cohérent et il est difficile de savoir ce qu’il souhaite (il souhaite tantôt rester à l’hôpital, tantôt aller en maison spécialisée,

³ UNAFAM

tantôt rentrer chez lui). L'IC sait par ailleurs que ce patient a déjà " mis dehors " les aides dont il disposait déjà à domicile avant son hospitalisation...

L'IC entreprend malgré tout d'organiser le retour à domicile, arguant que l'hôpital ne peut pas le garder. Elle doit donc convaincre de la nécessité et de la viabilité du retour à domicile l'organisme, le frère du patient, ainsi que convaincre le patient lui-même d'accepter de rentrer chez lui, et surtout d'accepter les aides qui seront mises en place pour lui.

Lundi (retour du patient prévu le vendredi)

L'IC prend des nouvelles du patient auprès des infirmières du service ; elle apprend que l'organisme a dit au patient qu'ils avaient réservé l'appartement pour quelqu'un d'autre...
IC (au patient): c'était votre désir de rentrer chez vous je crois ?

M. Bollian répond qu'il avait compris qu'il rentrerait en établissement de long séjour lundi prochain... Suit une longue conversation pour lui expliquer qu'il n'y pas encore de place en long séjour et qu'en attendant il va rentrer chez lui. Le patient ne veut rien entendre et l'IC doit fortement insister : *" on peut plus vous garder à l'hôpital parce qu'on vous fait plus de soins... "* Finalement, à force d'insister, M. Bollian laisse entendre qu'il a peur que l'organisme le mette à la porte...

La personne de l'organisme qui est présente à l'entretien bondit : *" non mais attends... personne ne va te foutre à la porte. C'est que toi il faut que tu aies tout pour que tu sois bien dans ton appartement et que tu sois pas en danger... "* IC : *" et je rajouterai qu'il faudra bien accepter ce qu'on va mettre à la maison chez vous hein/ "* Puis l'IC explique tout ce qui va être mis en place à domicile, (matériel, organisation, aides...) et insiste un peu lorsque le patient se montre réticent. *"Réfléchissez aux problèmes que vous pourriez rencontrer et je reviens demain."* L'IC cherche ensuite des intervenants et trouve ceux qu'elle avait prévu. Toute l'organisation est donc OK, cela pèsera dans la négociation => elle appelle immédiatement l'UNAFAM pour dire que tout est bon ; elle répond point par point à tout ce qui avait été objecté au retour à domicile.

Le lendemain, de retour d'un service, l'IC prend connaissance d'un message sur son répondeur de la part de la responsable de l'organisme ; les finances de M. Bollian ne permettent pas de supporter tout ce qui a été prévu pour le retour à domicile. Il faut donc l'annuler... L'IC est très en colère... Elle annule l'infirmière pour vendredi, mais maintient l'installation du matériel chez le patient.

15h08 : la responsable de l'organisme, une représentante de l'UDAF (mutuelle du patient) et l'assistante sociale de l'hôpital qui s'est occupée de M. Bollian arrivent au bureau du RVH pour rencontrer l'IC. Cette dernière est en colère car c'est l'organisme qui gère les ressources du patient et ils auraient dû se soucier des finances avant de réclamer toutes les aides. L'UNAFAM rejette elle la responsabilité sur le réseau. Le ton est très tendu. La responsable de

l'UNAFAM critique point par point toute l'organisation des soins : financièrement ça ne passe pas, il n'y a pas assez d'aides, il n'est pas assez autonome, il a peur de rentrer chez lui... L'IC se défend sur tous les points. Finalement, elle ne revient pas sur le principe du retour à domicile, elle fera une demande d'aide supplémentaire dans le cadre de la convention soins palliatifs avec la CPAM pour débloquer des fonds supplémentaires ; l'organisme n'aura donc obtenu qu'un report de quelques jours.

Six jours plus tard, le RVH reçoit une réponse positive de la CPAM pour l'aide financière supplémentaire. Le patient rentre chez lui deux jours plus tard. En réalité, la CPAM renégociera plus tard le dispositif d'aide à la baisse, et le patient sera ré hospitalisé suite à aggravation de son état 12 jours plus tard.

Les éléments du nouage sont ici :

- la pression à la sortie auprès du patient et de l'organisme (pas d'alternative)
- l'engagement simultané en co-présence d'une personne de l'organisme et du patient pour le retour à domicile avec les aides sans lesquelles l'organisme dit que le retour n'est pas possible.
- L'infirmière trouve toutes les aides, le matériel et le fait installer au domicile du patient malgré l'opposition de l'organisme.

Quand ils reviennent à la charge le lendemain en montrant qu'il n'y a pas assez d'aide et que la prise en charge financière de ces mesures n'est pas réalisable, l'infirmière très en colère d'avoir perdu tant de temps pour rien trouve une autre stratégie : changer de cadre et passer le patient dans la catégorie " soins palliatifs " qui permet d'octroyer des aides supplémentaires. L'engagement de la CPAM qui accepte ce passage dans un premier temps, mais après le renégociera durement, ouvre à une prise en charge plus étendue, ce qui emporte au final la décision. Mais comme l'organisme en fait, ne veut plus du malade, la décision est donc fragile et au premier problème, le malade sera ramené à l'hôpital. On retrouve ce type de problème dans de nombreux cas lorsque la famille ne se sent pas le désir ou pas capable de garder le malade à la maison.

3.2.3 Les écrits pour l'articulation de trajectoire

Constitution du dossier patient

A partir des informations récoltées, les infirmières coordinatrices constituent le dossier du patient⁴ qui est composé de plusieurs éléments :

⁴ Eléments en annexe

- ❖ La feuille individuelle du malade est établie à l'entrée au Centre Hospitalier, elle renseigne sur les coordonnées du patient, la date d'entrée, sur sa prise en charge au niveau de la Sécurité Sociale, sa mutuelle, le nom de son médecin traitant et les personnes à prévenir.
- ❖ La photocopie de la feuille administrative de l'unité de soins, où est notamment indiqué le niveau de dépendance du malade. Etabli par les infirmières coordinatrices, il s'inspire de la grille AGGIR⁵ qui propose six niveaux, le GIR 1 étant le niveau de dépendance le plus élevé (voir annexes). Cette classification permet d'appréhender les besoins de suivi et de prise en charge, un patient en GIR 1 nécessitant ainsi une présence continue au domicile et une surveillance accrue.
- ❖ La feuille dite du "schéma de prise en charge" qui résume la situation concernant les conditions de vie, les intervenants, et qui permet des annotations au verso
- ❖ Une copie des ordonnances prescrites au Centre hospitalier
- ❖ Une feuille dite de "contacts" qui prévoit l'inscription des coordonnées des divers intervenants libéraux

La plupart des dossiers "réseau" comportent des papiers volants sur lesquels sont indiquées des informations ponctuelles (feuilles A4, post-it...). C'est pourquoi il n'y a pas un dossier réseau type, sa constitution dépendant du cas. Enfin, le cas de Monsieur E, entré dans le réseau en novembre 2000, exprime le fait que l'importance du dossier, au niveau quantitatif, est tributaire de la durée de maintien dans le réseau ville / hôpital. La fiche patient de Monsieur E comporte, en juin 2001, plus de 40 ordonnances, 4 feuilles de réhospitalisation, des post-it et divers papiers volant... Difficile d'établir un classement parfaitement ordonné pour ce type de dossier.

Un "dossier de liaison" a été établi pour le domicile avec comme projet d'en faire un outil pour l'articulation de l'activité des différents intervenants : chaque professionnel intervenant dans le cadre du réseau ville/hôpital devant théoriquement noter ses observations sur un document unique resté au domicile du patient. Outil jugé "*indispensable*" par certains au moment des entretiens, permettant d'avoir "*une info au jour le jour*", de constituer un espace de communication interindividuelle, le dossier de liaison n'est en réalité que peu utilisé. La raison évoquée est d'ordre temporel ("*il faudrait prendre le temps de tout noter*") ou concerne directement la tâche accomplie, les kinésithérapeutes estiment ainsi qu'ils seraient amenés à noter toujours la même chose. De plus, et c'est probablement le frein le plus important à l'utilisation de ce dossier, la plupart des cabinets d'infirmières utilisant un "dossier de soins" qui leur est propre, inscrire des notes sur le dossier de liaison leur imposerait donc une double tâche.

⁵ Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources

3.3. Articulation structurante : connaissance et communication

Comme le note le Bilan de l'ANAES, “ la pérennité et la pertinence des réseaux se fondent sur leur capacité à transformer les relations interindividuelles développées entre leurs membres à l'origine de leur projet, en une action collective stable ” (p.11). C'est l'objet du travail d'articulation structurante dont nous avons vu l'importance quantitative dans le réseau. Le temps pris par cette articulation structurante n'est pas seulement lié au démarrage du réseau. Il est plus que probable que par définition, elle occupera toujours plus de temps et que c'est une condition de développement du réseau. Nous allons voir pourquoi.

3.3.1 Des liens faibles à l'action collective : connaissances et dispositifs

La qualité du soin au patient repose sur la qualité de l'articulation de trajectoire et donc sur la capacité de tous les intervenants d'agir de façon cohérente. Or, aucun accord, aucun contrat, aucun lien ne structure les relations entre les divers intervenants. Le réseau est volatil, la participation volontaire, les liens faibles, les logiques d'action de chacun sont différentes. Sans pouvoir institutionnel sur les personnes, sur les familles l'infirmière négocie constamment avec les uns et les autres pour sortir les patients dans le réseau. Quand le patient ne requiert qu'une aide ménagère et quelques soins infirmiers de routine, tout va bien. En revanche, lorsqu'il s'agit de faire un “ hôpital à la maison ” pour les pathologies importantes, des problèmes structurels se posent de façon récurrente. Ce qui, à l'hôpital, est réglé par routines organisationnelles, protocoles, standardisation des procédures, par une articulation en amont extrêmement structurée, doit ici être négocié sur tous les plans : qui va venir faire le soin, quand, combien de fois, combien ça coûte ? A l'hôpital, les matériels sont fournis, testés, disponibles sur commande à la pharmacie pratiquement dans l'heure, les médecins n'ont même pas à les prescrire, les infirmières savent ce qu'il faut utiliser pour les nutriments entéraux, les cathéters... Dans le réseau, il faut que les médecins hospitaliers prescrivent des matériels en termes compréhensibles par la pharmacie du lieu, par l'infirmière libérale. Dans le cas des malades à traitements lourds, le patient ne peut attendre chez lui, sans soins, que la pharmacie de son village commande le matériel dont il a besoin : il faut que le matériel soit disponible dès la sortie et que le pharmacien connaisse un matériel qu'il n'a jamais eu l'occasion ni de voir ni de commander. Il faut aussi que le matériel prescrit soit remboursé intégralement au patient. Or le médecin hospitalier ignore généralement quel matériel est ou non remboursé et à quel taux, car à l'hôpital c'est la pharmacie de l'hôpital qui gère ce genre de problème. Lorsque enfin, le matériel est disponible, par exemple une “ chambre implantable ”, il faut aussi que l'infirmière libérale, qui n'est généralement pas une technicienne comme le sont les infirmières de l'hôpital, sache s'en servir.

Au cours de leur travail de coordination, les IC sont, nous l'avons vu, constamment confrontées à des problèmes de ce type. C'est pourquoi une grande part de l'activité du réseau est effectivement consacrée à ce que nous avons appelé l'articulation structurante.

Contrairement à l'hôpital, où une grande partie de l'articulation structurante provient de l'organisation, dans le réseau, l'articulation structurante est centrée sur les connaissances : connaissances-patient et connaissances-réseau et sur la production de dispositifs interprofessionnels dans le réseau ou de dispositifs pour l'organisation du centre de coordination.

Nature des connaissances (co)-produites

Connaissances sur le réseau lui-même	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Evaluation</i> 2. <i>Analyse de l'activité</i> 3. <i>Satisfaction des patients et des personnes-ressources</i>
Connaissances sur les patients Connaissances de type procédural concernant les soins <i>Co-production avec le service hospitalier, la famille, le patient, les médecins libéraux, infirmières libérales, coordinatrices, assistante sociale...</i>	<ol style="list-style-type: none"> 4. <i>Construction des savoirs concernant le patient</i> 5. <i>Reconfiguration de connaissances scientifiques et techniques disponibles, de normes réglementaires et techniques pour le réseau,</i> 6. <i>Procédures de soins</i> 7. <i>Matériel</i> 8. <i>Bonnes pratiques (douleur, pharmacie)</i> <i>Ordonnances-type conformes aux exigences légales</i>
Connaissances de type opérationnel au service de l'activité <i>Co-production à l'intérieur du centre de coordination</i>	<ol style="list-style-type: none"> 9. <i>Administratives et fonctionnement du réseau</i> 10. <i>TIC</i>
Production de dispositifs à tous ces niveaux - Investissement de forme, création d'outils - Mise en compatibilité des divers systèmes centrés patients, par création d'agencements en réseau	

Nous ne développerons pas ici les connaissances et dispositifs centrés réseau bien qu'ils constituent également une bonne part de l'activité pour nous intéresser plutôt à l'activité centrée patient.

3.3.2 Un exemple centré patient : le groupe “ pharmaciens ”

Le problème des remboursements et de la fourniture de matériel à domicile tout autant que la formation des professionnels au matériel habituellement utilisé à l'hôpital est crucial, nous venons de le voir. Un gros travail a été effectué autour de ces questions.

Activités du groupe “ pharmaciens ”

En 2001, quatre “réunions pharmaciens” ont eu lieu. Elles ont concernées une dizaine de pharmaciens, des “infirmières référentes prescriptions” de l'hôpital, et les acteurs du RVH. Elles ont porté sur divers points :

- la définition des produits à prescrire
- les questions posées par l'alimentation entérale
- la mise en place d'ordonnances-type conformes à la réglementation pour les pharmacies et les professionnels libéraux

1. Des listes de matériel et de médicaments ont ainsi établies entre l'hôpital et les officines de ville afin que le matériel le plus couramment prescrit par le réseau soit toujours immédiatement disponible en ville. Mais une fois cela réalisé, ce groupe s'est penché sur d'autres problèmes.

2. Les pharmaciens ont relevé qu'ils étaient confrontés à deux problèmes : pour le petit matériel, les infirmiers sont rarement satisfaits et préfèrent passer par un prestataire de service ; pour le gros matériel, les pharmaciens sont court-circuités (le réseau ne pense pas aux pharmacies et traite lui aussi directement avec les prestataires). Une réunion entre les pharmacies et les infirmiers libéraux a ainsi été organisée pour trouver une solution commune.

3. Les tarifs exercés par certaines pharmacies dépassaient les taux de remboursement, dits TIPS (Tarif Interministériel de Prestation Santé). Cela remettait en cause le retour à domicile des patients ayant des difficultés financières. Des réunions ont donc mis en lumière ces problèmes et leur origine (il a par exemple été mis en évidence que certains de ces TIPS étaient en réalité inférieurs au prix d'achat du matériel par les pharmacies et que ces dernières ne sont donc pas responsables des dépassements, ne pouvant vendre à perte). Le pharmacien-conseil de la Caisse

Primaire d'assurance maladie est sollicité pour la réglementation. Les pharmaciens d'officine se renseignent sur les disponibilités auprès de leurs fournisseurs.

Une liste de matériel entièrement remboursé et immédiatement disponible a ainsi été établie.

4. Des réunions avec les infirmières libérales à propos du traitement des déchets. Les pharmacies étaient concurrencées là aussi par les prestataires qui assurent l'élimination des déchets. La réflexion menée sur ce thème a abouti à l'établissement d'une convention-type entre l'hôpital et les pharmacies.

5. Les pharmacies ont par ailleurs demandé une plus grande précision dans les prescriptions (par exemple noter les dimensions et le nombre de compresses plutôt que "compresses" tout seul, la taille du sparadrap...) et ont conseillé de prescrire certaines marques de matériel plutôt que d'autres qui ne sont pas remboursées.

3.3.3 L'équipage de création des connaissances : une configuration *ad hoc*

Dans le cas du groupe " pharmaciens " on trouve une production de connaissances communes et un véritable "équipage de création de connaissances" selon l'expression de Nonaka et Takeuchi (1997).

Nonaka et Takeuchi (1997) soulignent l'importance pour la création de connaissances de l'implication de trois niveaux : les praticiens de la connaissance qui accumulent des connaissances tacites, des savoirs-faire ; les ingénieurs de la connaissance qui mobilisent des connaissances explicites bien structurées ; les officiers de la connaissance qui doivent gérer l'ensemble du processus de production des connaissances.

Dans le réseau on retrouve en effet les niveaux évoqués par ces auteurs mais ils ne sont pas représentés toujours par les mêmes personnes. Les praticiens sont tantôt des pharmaciens, les IC, les familles, les médecins... Les ingénieurs peuvent être les médecins, certaines infirmières, un spécialiste de la CPAM pour la législation, un pharmacien. Les praticiens dans un cas peuvent être les ingénieurs dans un autre groupe. L'équipage de création des connaissances dans le cas du réseau sera donc toujours un équipage *ad hoc* en fonction des problèmes traités. En revanche, s'il n'y a pas à proprement parler d'officiers de la connaissance puisqu'il n'y a pas d'organisation mais une inter-organisation, c'est au centre de coordination qu'est dévolu le rôle d'animer cet équipage, d'activer les ressources utiles, et là encore de co-configurer un rôle essentiel dans la constitution et le management d'un équipage plausible pour le problème à traiter : infirmières coordinatrices et médecins.

Il semble que dans cet équipage il faille ajouter encore d'autres acteurs : nous pourrions les appeler *les animateurs de connaissance*, ceux qui vont leur donner forme dans des écrits, les implémenter dans le Portail, leur donner forme aussi dans des formations. Là encore, ce peut être des personnes

diverses qui vont être les animateurs. Toutefois, l'assistante coordinatrice et l'animateur réseau jouent un rôle essentiel pour la mise en forme des écrits et l'implémentation dans les dispositifs informatiques dont l'importance est cruciale dans le réseau.

3.3.4 Stabiliser les agencements dans des “ investissements de forme ”

Le réseau depuis sa création n'a cessé d'inscrire son existence et son mode de fonctionnement dans la production d'investissements de formes diversifiés quant à leur support (papier, informatique) et quant à leur nature. Les supports permettant la stabilisation des agencements afin que la continuité des soins soit assurée (remboursement des patients, fourniture du matériel adapté, administration correcte des médicaments) sont particulièrement cruciaux pour la qualité du service au patient dans le réseau.

Exemple d'outils papiers produits à destination des professionnels lors de la dernière réunion “ pharmaciens ” en avril 2002 :

- ❖ Listes de matériels remboursés et leur prix
- ❖ Documents administratifs précisant les conditions de prise en charge des nutriments pour nutrition entérale
- ❖ Ordonnances-type (kinésithérapie, matériel, médicaments)
- ❖ Listes de médicaments et modalités d'administration en alimentation entérale
- ❖ Aide à la cotation des actes pour ordonnance

Ces supports sont produits par le Centre de coordination selon un processus itératif :

- ❖ Identification des problèmes par la pratique quotidienne dans l'articulation de trajectoire des malades et la confrontation des professionnels entre eux,
- ❖ Confrontation des différentes logiques (administratives et juridiques, sociales, médicales, pratiques professionnelles, domestique)
- ❖ Accords et compromis inscrits dans des supports diffusés
- ❖ Réévaluation et critiques

D'autres supports ont été réalisés (annuaires des coordonnées de tous les services intervenant dans les soins à domicile...). On peut penser que cette activité va également se développer au rythme des chantiers de l'équipage des connaissances. Elle suppose un lourd travail de mise en page, diffusion, mais aussi, avec le temps, des remises à jour permanentes pour un matériel dont on peut supposer, au vu du travail déjà réalisé en peu de temps, qu'il ne va cesser de s'alourdir. Deux personnes y suffiront-elles ?

3.3.5 Diffuser les savoirs scientifiques, les savoirs locaux, former les professionnels du réseau

Le réseau a depuis sa création eu un rôle central dans la diffusion des savoirs et la formation des professionnels : les actions sur la douleur, les soins d'escarres, la formation des infirmières libérales pour les chimiothérapies, les soins palliatifs, le diabète, en sont des exemples. Elles font l'objet tantôt de formations *ad hoc*, tantôt de réunions générales, et dans tous les cas elles s'accompagnent de diffusion de documents dont certains sont implémentés sur le Portail. Cette implémentation va d'ailleurs être réalisée désormais pour pratiquement tous les documents produits.

Ces savoirs peuvent être, soit des savoirs scientifiques adaptés pour le réseau, soit le résultat du travail des groupes tels le groupe " pharmaciens ".

Très récemment (avril 2002) le travail du groupe pharmaciens a fait l'objet d'une soirée d'information réunissant 100 personnes venues de trois départements (01, 69, 73) : des pharmaciens (60), des infirmiers (20), des médecins (10), ainsi que les pharmaciens de l'hôpital et de la clinique. Ont été présentés des listes de matériel établies, les règles de prescription et ordonnances-types, des informations sur la réglementation et le remboursement de matériel, la nutrition entérale et la perfusion, des produits de morphine et d'antibiothérapie.

Des nouveaux matériels étaient exposés et les participants pouvaient les manipuler, les démonter afin de se familiariser avec leur fonctionnement.

L'organisation de ce genre de soirée est importante car elle permet la diffusion des savoirs co-produits, une certaine égalisation des connaissances dans le réseau, et surtout la rencontre entre les différents corps de métiers qui travaillent souvent ensemble sans pourtant se rencontrer. Elles sont aussi l'occasion de soulever les problèmes rencontrés et donnent des éléments pour évaluer les besoins en matière de dispositif à créer, de connaissances à rechercher ou à élaborer.

- ❖ D'autres groupes fonctionnent sur la douleur, les bénévoles, l'alimentation entérale et le produit du travail de ces groupes font l'objet ensuite de la même diffusion.
- ❖ Nombre de formations ont été organisées dans le réseau depuis sa création notamment pour les infirmiers libéraux : chimiothérapies anticancéreuses (18 infirmiers en 2000), voies veineuses centrales, soins palliatifs, Conférence sur les droits des malades...

3.4. Le réseau vu du côté de la trajectoire des patients : aspects de la co-production du soin

Déplacer son regard du centre de coordination vers le domicile des patients, offre une vision différente du réseau. Toutefois le nombre limité de trajectoires étudiées doit conduire à beaucoup de prudence quant à nos constats. En effet, le réseau traite des patients si différents à tous égards comme nous l'avons vu, il serait nécessaire pour tirer des conclusions d'avoir un éventail beaucoup plus large. Patients et familles orientent en effet rapidement leurs propos vers les questions problématiques qui se posent à eux et elles sont nombreuses. Il est probable qu'aller interviewer des patients à l'hôpital amènerait à des constats tout aussi difficiles : c'est la maladie, la dépendance, la vieillesse et la proximité de la mort qui, en elles-mêmes, sont douloureuses.

Par ailleurs, certains des constats que nous avons relevés ici nous paraissent avoir une portée assez générale qui concernent plus la question des soins à domicile que spécifiquement la question du réseau de soins. Tout semblant se passer comme si, une fois organisés les soins à domicile, cette organisation paraissait naturelle aux patients et aux familles, leur propos s'orientant plutôt alors vers la difficulté du soin à domicile. Il n'en demeure pas moins que ces constats sont intéressants en ce qu'ils permettent d'envisager la manière dont le réseau pourrait développer ses aides à domicile.

3.4.1 Une perception contrastée du réseau : des liens forts à l'invisibilité

La perception du réseau par les patients et les familles est très contrastée, ceci en fonction de leur âge et de leur niveau social mais aussi de la nature de la pathologie, de la durée de séjour dans le réseau, du rôle de la famille qui peut tout gérer sans informer le patient. Elle dépend également de la nature des aides déjà en place avant l'hospitalisation et de l'importance de l'intervention du réseau : la nature de la prestation fournie va du service ponctuel auprès de familles déjà très organisées, à la mise en place d'une prise en charge lourde médicalement et socialement, justifiant par la suite d'un suivi à domicile en passant par l'aide à des patients qui jusqu'alors se soignaient à domicile, sans aide du réseau du fait de l'ignorance de ce service par le médecin traitant.

Un partenaire essentiel, des liens forts

Le réseau est bien identifié en tant que tel par les personnes assez jeunes qui ont des pathologies graves, nécessitant des soins de longue haleine qui relèveraient, à d'autres endroits, de l'hospitalisation à domicile. Pour deux des patientes relevant de cette catégorie et présentes dans le réseau depuis trois ans pour l'une, un an pour l'autre, le réseau a constitué une aide indispensable dans la gestion de leur trajectoire de malade. Elles citent aisément les actes que le réseau a fait pour elles et qui leur ont simplifié les démarches à accomplir et leur ont évité de passer par des intermédiaires : commande auprès de la pharmacie locale du matériel de perfusion, commande du matériel (lit médicalisé, fauteuil roulant), coordonnées et contact avec des cabinets d'infirmiers susceptibles de prendre en charge des perfusions avec « chambre implantables », renouvellement des ordonnances, aide pour trouver des travailleuses familiales, interlocuteur à qui parler et poser

des questions. Pour l'une d'entre elles, qui a une grosse infection dont le traitement nécessite des antibiotiques particuliers, les antibiotiques sont commandés à la pharmacie de l'hôpital par les IC qui se débrouillent pour les faire livrer à domicile. L'autre est une professionnelle de santé qui gère très bien son traitement elle-même. Malgré tout, le réseau reste son interlocuteur, le contact est maintenu, dans les deux sens.

Par ailleurs, les IC rencontrent les patients lors de leurs consultations à l'hôpital ce qui permet de faire un bilan régulier de la situation et de fournir un accompagnement au long cours. Les IC ne suivent pas la consultation elles-mêmes, ce qu'apprécie une des patientes qui veut garder le colloque singulier avec le médecin. Pour ces deux patientes, en proie à de nombreuses difficultés de tous ordres et notamment économiques du fait de leur état de santé, l'assistante sociale de l'hôpital qui travaille en étroite relation avec le réseau est un autre interlocuteur essentiel pour solliciter l'obtention d'aides et de prestations spécifiques.

Le réseau invisible

En revanche, certains patients (les plus âgés souvent mais pas seulement), disent ne pas savoir ce qu'est le réseau ; ils n'en ont identifié ni les acteurs ni les actions : ils affirment même n'avoir jamais eu de contact avec cette instance « *ça me dit rien, il faudrait déjà que je me rappelle du prénom de mes enfants* » ; « *l'histoire du réseau ça me dit rien du tout* ». A l'hôpital ils distinguent mal (et le plus souvent pas du tout) l'infirmière coordinatrice des infirmières du service, et donc comprennent mal les questions qu'elle leur pose concernant le retour à domicile, nous le reverrons plus loin. Quand ils arrivent chez eux, le travail de coordination est fait en grande partie sans qu'ils l'aient réellement perçu : cela s'est traité entre l'IC et la famille, ou entre l'IC et les professionnels de terrain qu'en revanche ils identifient très bien. Quand il y a un problème, une nécessité de reconfigurer le réseau, ce sont le plus souvent les infirmières libérales en charge du malade qui appellent le réseau ou le médecin et le patient ne le sait pas. Pour ce type de patient, l'intervention du réseau est invisible, et ce sont les partenaires de proximité qui priment, ce qui ne signifie pas que le réseau ne joue pas un rôle central en arrière-plan en préparant les conditions du retour, et en intervenant en cas de problème important à la demande des professionnels de terrain ou de la famille. Paradoxalement, si tout a été mis en place aisément par le réseau de telle sorte que l'organisation locale soit satisfaisante, son action peut être peu visible au final pour les bénéficiaires. Ceci valide le modèle de constitution du réseau présenté plus haut.

Des familles qui ne souhaitent pas l'aide du réseau

Il arrive aussi que dès le départ, l'offre d'aide ou ses conditions d'obtention soient contestées, la famille estimant avoir les moyens de s'en passer du fait de ses ressources propres et de la situation, comme en témoigne ce récit fait par l'IC.

IC "C'est une dame/elle a une tumeur cérébrale elle a 54 ans cette année euh ... et qui donc euh... du fait des métastases du fait de la tumeur avait une cécité et en plus elle fait des épisodes de désorientation d'hallucination visuelle et auditive, son mari se rend compte de la situation et veut ramener sa femme à domicile pendant que c'est encore possible pour essayer de la faire tenir le plus longtemps à la maison... donc moi j'avais été euh les rencontrer/ donc j'avais expliqué le rôle du réseau ville hôpital ce qu'on pouvait mettre en place tout ça/ donc c'est un monsieur qui a une entreprise mais son fils prend la suite donc y se sont un peu partagés les tâches donc lui y travaille tôt le matin mais l'après-midi il est à la maison / donc fallait trouver quelqu'un si tu veux de neuf heures à midi sachant que l'infirmière passait l'matin pour l'insuline ; trouver tous les jours quelqu'un du lundi au vendredi de neuf heures à midi et d'mi ça s'trouve pas comme ça / donc moi j'avais dit écoutez j'vois avec le service qui intervenait déjà / donc je prends contact avec le jour même on se met un p'tit peu en place quand même ça d'mandait pas quinze jours d'attente hein et 48 heures plus tard il a pas voulu attendre plus longtemps / il est v'nu un soir /bon ben c'est tout C'EST BON on a trouvé quelqu'un euh... non non mais je la rentre ce soir c'est bon non non je m'occupe de toute façon euh moi j'me suis occupé d'tout euh si faut attendre après vous on peut attendre 107 ans euh... ELLE est démoralisée, elle pleure/ elle veut rentrer/ euh... moi de toute façon il est hors de question de la laisser comme ça vous avez vu dans quel état elle est, j'en ai rien à faire que ça coûte /...parce qu'il sait pertinemment que la fin de vie approche"

Des formes hybrides : patient/familles directeurs de trajectoire, réseau comme ressource

Même si l'aide à la sortie est essentielle, les patients et les familles, une fois chez eux, vont progressivement organiser eux-mêmes leur vie avec leur environnement immédiat : ils évaluent les services offerts, en changeant éventuellement, et règlent les problèmes qui surgissent avec l'interlocuteur qui leur paraît le mieux adapté : avec le médecin hospitalier si c'est avec lui qu'on a les rapports les plus confiants et les plus fréquents, avec le généraliste, avec l'infirmière. Quant aux questions relatives aux aides ménagères, les patients négocient les horaires de passage, évaluent le service offert, refusent plus ou moins certaines personnes, suppriment une aide... Le réseau à ce stade peut rester un numéro sur le dossier de liaison, un répertoire d'adresses qui lui est lié, et pour ceux qui ont bien identifié le réseau, une ressource potentielle en cas de difficulté qu'ils ne parviennent pas eux-mêmes à résoudre. Mais souvent ils n'y ont plus recours : ainsi cette dame que nous avons rencontrée, bien suivie au départ par le réseau et que le réseau estime bien suivre.

Madame G. indique que leur médecin traitant était passé la veille pour renouveler l'ordonnance kiné, que l'infirmière libérale avait refusé de faire un pansement, pour un coup reçu sur le coude, sans prescription médicale et, qu'enfin, depuis deux jours, elle se "*démène pour régler le problème des auxiliaires de vie*". En effet, elle aimerait pouvoir bénéficier des services d'une seconde auxiliaire de vie et pour cela, elle prend contact par téléphone avec sa complémentaire santé, la SAMAD (une association de gestion des aides ménagères) et le Centre Communal d'Aide Sociale.

Ce type de cas paraît le plus fréquent : une fois chez soi on se débrouille, on se démène, on gère comme on en a l'habitude son environnement et on tend à oublier ce qui pourtant a facilité le retour à domicile en réglant beaucoup de problèmes.

Bien que le nombre de nos exemples soit assez restreint, nous pouvons faire l'hypothèse que la singularité constitutive de chacune des trajectoires, la multiplicité des acteurs, la variété des liens y compris affectifs qui s'établissent entre eux engendre une variété de managements de trajectoire où les nœuds de la coordination se déplacent en fonction des moments, des personnes qui rentrent en jeu, la famille et/ou le patient y jouant le rôle principal.

L'entrée dans le réseau, un moment clef à repenser

Le seul moment où les patients rencontrent tous physiquement les IC, c'est lors de l'entretien d'entrée dans le réseau. Mais nos enregistrements et entretiens montrent que cette rencontre est assez mal comprise notamment par les patients âgés. La présentation rapide que fait l'IC de son travail ne leur permet visiblement pas de la distinguer des infirmières du service, et ils comprennent mal alors pourquoi une infirmière de l'hôpital se mêle de leur vie à domicile. Ils refusent souvent l'aide offerte, alléguant qu'ils ont déjà ce qu'il leur faut. L'infirmière de son côté, estimant connaître la situation insiste et négocie pour qu'ils acceptent plus d'aide (voir plus haut). Mais cette offre n'est pas toujours très bien vécue, notamment pour les hommes qui n'ont pas eu l'habitude de gérer les questions domestiques : la visite de l'infirmière coordinatrice avant leur sortie de l'hôpital est au mieux incompréhensible (qui est cette personne, elle se dit infirmière et me parle de mes repas à la maison, de mon ménage...), au pire reçue comme une atteinte à la face. Pour cette génération, ces questions relèvent du monde des femmes. Il est donc doublement inconvenant de s'entretenir de ces questions avec eux comme on le voit dans l'exemple suivant où le patient, par des interventions assez agressives ou des refus de répondre (interventions en italique), manifeste de manière évidente son refus de participer à un tel entretien qui lui paraît indiscret.

Entretien d'entrée dans le réseau avec M. Frank

INF : *et comment vous faites pour le ménage*

MR : *oh non on a des des femmes de ménage*

INF : *d'accord elles viennent combien de fois ?*

MR : *oh ben alors là:: c'est des questions ça qui m'embarrassent*

MR : *non non elle a une grande curiosité et:: elle me dépasse*

INF : *une grande curiosité:: c'est pas de l'a curiosité c'était pour voir un p'tit peu comment moi j'peux vous apporter de l'aide... moi je je cherche à savoir comment ça se passe à la maison c'est pour pouvoir vous aider.. pour vous aider vous*

Les patients âgés interrogés lors de l'entretien d'entrée dans le réseau ne savent pas toujours quand ils quittent l'hôpital, ni la date de retour à domicile : « *Ben j'sais pas ! mais je sais que le docteur a dit que j'pouvais rentrer en fin de semaine* » ou bien : « *j'espère bien que ce sera la semaine prochaine d'après ce qu'ils disent* » alors même que pendant l'entretien nous savions que la sortie était envisagée pour une date plus rapprochée. Ils distinguent mal l'IC des infirmières du service et comprennent mal le sens de questions concernant leur vie à domicile alors qu'ils sont à l'hôpital.

Conscient de cette situation, le réseau vient de mettre en place des procédures pour que cette rencontre soit mieux identifiée et mieux organisée : notamment en mettant en place une fiche de demande d'intervention ainsi qu'une fiche de condition d'entrée. On peut penser qu'une meilleure préparation de cet entretien permettrait de le réaliser sur un mode où les patients pourraient évoquer d'eux-mêmes comment ils voient leur retour, les difficultés qu'ils envisagent, et les besoins qu'ils identifient.

3.4.2 Un révélateur de la vie passée et des relations familiales

La maladie par ailleurs révèle de manière impitoyable la situation de famille « *On a peu de famille, très peu de famille. Ma femme avait un frère, il est mort. Moi j'avais une sœur et un frère ils sont morts* » et les relations dans la famille : il est significatif à cet égard que les entretiens se soient majoritairement orientés moins sur la maladie que sur les relations familiales, soit pour les louer : « *heureusement que j'ai mon fils et mon petit-fils* », « *J'lui téléphone et il vient tout de suite* », « *heureusement que mon mari est là* », soit pour en revivre douloureusement l'absence, la froideur, l'hostilité, « *mes enfants, je n'ai plus de nouvelles depuis un an* », soit enfin pour s'interroger avec culpabilité sur ce que la maladie fait vivre aux autres : « *mon fils fait ce qu'il peut. Quand on lui dit qu'il faut faire ceci qu'il faut faire cela, il le fait bien ; Qu'est-ce que vous voulez ? Il a aussi son travail ; ça se passe assez bien, seulement j'sais pas, il me semble que ça fait trop pour lui, on a trop de choses* ».

Dans de nombreux cas, à l'occasion de la proposition de retour à domicile, les enfants font valoir l'impossibilité de ce retour, soit parce qu'ils ne peuvent pas s'en occuper (ils habitent loin ou ont un travail trop prenant), soit que le retour à domicile réactive ces problèmes familiaux que, plus que tout autre situation, la maladie met en pleine lumière. La pénurie de places en maison de convalescence, de long séjour ou de maison de retraite médicalisée rend ces placements difficiles et en tous cas les retarde : il faut alors tout de même accepter le retour à domicile. La prise en charge des patients à domicile change la vie des conjoints et de certains des enfants qui se mettent alors à vivre au rythme de la maladie de leurs parents, au détriment de leur vie privée, familiale, de leur travail souvent et avec des conséquences psychiques et familiales souvent très lourdes.

Du côté des patients, le désir de rentrer chez soi est toujours très fort, mais il veulent « *avoir ce qu'il faut pour se soigner là-bas* ». Or, soit ils sont seuls, soit ils savent qu'ils seront à charge d'un conjoint qui n'a plus la force ni le désir de s'occuper d'eux « *Ma femme ne peut plus me soigner (elle a 88 ans) non seulement elle ne peut plus mais elle ne veut plus ... j'peux pas dire, si c'est pas des angoisses d'être... comment vous dirais-je ? J'suis de trop ! J'suis de trop, j'suis de trop* » disait ce patient en prenant un ton fataliste. Le retour à domicile soulage de la peur du placement mais engage tantôt de la culpabilité par rapport à l'entourage quand les personnes ne sont pas seules, tantôt une angoisse forte de la solitude face à des situations que l'on pressent trop difficiles à gérer sans présence constante à la maison.

Enfin pour les patients déjà placés dans des structures non médicalisées, la proposition de sortie dans le réseau peut être l'occasion, pour la structure qui les héberge, de faire valoir l'impossibilité de leur retour, comme nous l'avons vu avec l'histoire de M. Bollian (3.2.2 plus haut).

3.4.3 Le travail du patient et de la famille pour la co-production du soin

La co-production du service a été particulièrement étudiée dans les relations de soins et notamment dans la consultation (cf. Lacoste, 1993). Mais lorsque le soin s'effectue à domicile, toutes les activités liées à l'alimentation, à la mobilité (lever, coucher), à l'élimination, à la propreté de l'environnement, à la prise de médicaments qui, à l'hôpital sont prises en charge par du personnel spécialisé, vont être distribuées entre le patient, sa famille, et du personnel plus ou moins spécialisé. Cette distribution, que les infirmières coordinatrices s'efforcent d'organiser avant le retour à domicile est, nous l'avons vu, chaque fois différente en fonction de l'état du malade, de sa situation de famille et de sa situation financière. : Lorsque la patient présente une pathologie lourde nécessitant une surveillance quasi constante, le personnel technique rémunéré ne peut assurer la continuité des soins : les infirmières passent une fois, voire deux fois par jour, les AS également. Le reste du travail, et notamment les soins de nursing et le travail domestique quotidien représentent une masse considérable de travaux répartis sur la journée et la nuit qui se révèlent problématiques à organiser dans un certain nombre de cas.

Une aide soignante disait à ce propos :

« On ne se rend pas compte, les anciens qui sont seuls du matin au soir, ils font comment ? Les personnes qui sont au lit chez elles ont quand même un membre de leur famille, mari ou femme, parce que c'est difficile pour quelqu'un tout seul toute la journée, même s'il y a tout un réseau qui s'articule entre aide ménagère, aide soignante..., c'est pas possible, il faut qu'il y ait quelqu'un en permanence. »

Par ailleurs, et en fonction de l'état du patient et du conjoint, une partie plus ou moins conséquente des soins techniques est en fait réalisée par la famille et interfère avec les activités domestiques.

Le poids de la structure du domicile malgré les aménagements

La maladie, le handicap change le rapport à l'espace : un escalier devient un obstacle infranchissable, une chambre à l'étage devient inaccessible, une petite marche rend l'accès aux toilettes impossible sans aide. Un petit détail de ce type rend la vie autonome d'une personne impossible sans repenser l'aménagement ou les équipements. L'intervention du réseau se révèle très efficace à ce niveau en passant commande du matériel avant le retour à domicile. Les patients n'ont pas ou peu de réticence à cette commande. En revanche le changement de place d'une chambre à coucher est toujours douloureux et nécessite de nombreuses négociations familiales et extra-familiales.

La chambre de monsieur D classé en GIR 2 (autonomie relative de déplacement et fonctions mentales altérées) est à l'étage, l'IC a recommandé une réorganisation matérielle du séjour, situé au rez-de-chaussée, afin d'y installer un lit médicalisé. Madame D, rencontrée au domicile la veille, semblait pessimiste quant à la possibilité de convaincre son mari de "*vivre en bas*".

L'IC appelle le médecin traitant de monsieur D et lui parle de l'intérêt de la location d'un lit médicalisé. Elle évoque également la crainte de sa femme concernant la réaction de monsieur D. Le médecin s'engage alors à passer au domicile dans la journée de vendredi pour "*faire passer la pilule*".

Elle appelle une pharmacie pour voir si la livraison d'un lit médicalisé pour le lendemain est possible. Elle parie donc sur le fait que le médecin traitant arrivera à convaincre monsieur D. Elle se rend ensuite dans le service où se trouve monsieur D pour faire valider l'ordonnance par le médecin hospitalier. Celui-ci confirme l'intérêt du lit médicalisé et en parlera aussi à monsieur D. Nathalie appelle madame D pour la rassurer et la tenir au courant de l'intervention du médecin hospitalier et du passage de son médecin traitant demain.

Enfin, finalement, pressé de toutes parts, le patient acceptera.

Le travail domestique de soins : le report du service sur le client, des coûts invisibles

Le travail domestique de soins qui est celui de se nourrir, se vêtir, nettoyer, ranger, éliminer, dont les femmes portent la plus grande part dans la vie des familles, est invisible dans le cadre de la maison et comme le dit G. Cresson (1995), ceux que l'on nomme « *profanes* sont relégués le plus souvent aux rôles de consommateurs ou récepteurs de soins » (p. 7). La sortie des patients dans le réseau fait mieux apparaître la dimension de service de ce travail puisqu'il constitue la plus-value économique majeure du soin en réseau. Ceci peut contribuer à mieux le prendre en compte et à considérer effectivement les patients et familles comme des co-producteurs du soin, avec toutes les conséquences qui y sont liées (aide, formation, droit de s'exprimer, réelle autonomie, évaluation...). Mais on peut craindre au contraire, qu'il soit gagné par la même invisibilité que le travail ménager et ne se reporte essentiellement sur les femmes : pas comptabilisé, pas plus évalué que le travail ménager, on aura diminué les coûts du service en les rendant invisibles.

Pour cette raison même, il est essentiel de mieux cerner les effets et les implications de cette délégation du travail de soins au domicile, des plus mineures aux plus douloureuses.

Le domicile, lieu de soins

Si de tous temps, la maison est le théâtre du travail domestique de santé ordinaire, la prise en charge à domicile de soins médicaux pour des patients malades crée des problèmes spécifiques qui, comme les problèmes familiaux prennent un espace considérable dans les entretiens qui nous avons eus avec patients et famille. Kaufmann (1997) a bien montré combien « l'idéal domestique est de pouvoir faire soi-même. Mais cela n'est pas toujours possible... : un jour ou l'autre le cercle de la danse s'élargit à de nouveaux personnages, très différents, des professionnels du travail ménager et familial. Elargissement problématique car le registre de la familiarité, ses discrétions et ses secrets commodes ne peut plus régir ses pas de danse à plusieurs... Car à travers l'activité, ce n'est rien d'autre qu'un peu de la substance même de la famille qui se défait » (ibid. p. 80-81). Et, comme il le souligne, plus les valeurs familiales sont fortes, plus déléguer le travail ménager devient un déchirement.

Dans le soin à domicile, le premier déchirement est de devoir transformer un espace privé, intime, celui de la maison en espace public, véritable « salle des pas perdus » comme un mari décrit sa maison depuis le retour de sa femme.

« C'est lourd de ce côté là, supporter entre la kiné, l'aide soignante, l'aide ménagère, ça fait du monde, c'est là-dessus qu'on y craint le plus, « c'est important aussi d'avoir sa vie privée, ça c'est infernal aussi, du jour au lendemain d'avoir ces contraintes, c'est vrai qu'on se rend pas compte mais c'est quelque chose de pénible à vivre aussi, on est toujours à attendre untel, attendre le kiné, moi qui suis d'un tempérament très nerveux, c'est un peu stressant, faut le vivre pour le ressentir ».

M. Mangin

Ce couple a alors négocié d'avoir le week-end sans passage... « vacances de réseau » dit-il avec humour. Ce même conjoint a préféré s'occuper lui-même du matériel à oxygène de sa femme, malgré les soucis que cela lui crée, afin de ne pas avoir un passage supplémentaire quotidien d'infirmière. Paradoxe, c'est l'absence de personnel «sous-traitant » le travail domestique qui constitue un repos, car comme le disait une autre patiente « quand l'aide ménagère est là je ne peux pas me reposer ». Etre contrainte de regarder faire un travail qu'elle considère être le sien et alors qu'il n'est pas fait comme elle le désire est une souffrance qui l'empêche de se reposer. Par ailleurs, la présence d'étrangers au domicile empêche de se laisser aller au repos, d'être « chez soi ». Ceci explique peut-être mieux pourquoi les IC sont tellement obligées d'insister pour que les patients acceptent des aides à la maison.

La division sexuelle liée au travail ménager crée des problèmes différents si c'est l'homme qui est malade ou si c'est la femme: si c'est l'homme, il peut craindre, comme l'un des patient, que sa femme bien que très âgée (88 ans) ne supporte pas les aides et ne s'entende pas avec elles. Par ailleurs il se sent coupable de la fatiguer trop s'il n'y a personne pour l'aider ou s'il a le sentiment que ce qu'il lui impose est trop lourd pour elle. Cette même femme interrogée de son côté veut avoir son mari avec elle mais se sent très fatiguée par le soin à celui-ci : le reste du travail ménager dont elle s'estime responsable est délaissé et c'est un crève-cœur pour elle.

« Oui oui oui, alors j'aurais besoin comme tous les printemps de faire mes rideaux et mes vitres à fond parce qu'elles en ont besoin parce que l'hiver je les ai pas fait, alors j'me demande comment j'vais faire parce que (.) avec tous les comprimés que j'prends (.) y a des fois j'tiens pas bien sur mes jambes non plus ».

Pour la femme malade, la maison, parce qu'elle n'est pas propre et rangée comme elle en a l'habitude n'est plus vraiment la sienne; elle en est dépossédée à plusieurs égards : le travail n'est pas fait comme elle le veut et elle n'est donc plus maîtresse chez elle, elle ne peut plus faire elle-même ce qu'elle considère relever de son travail, pire elle est le témoin obligé du travail mal fait et de la maison mal tenue qui lui renvoie l'image de son impuissance et de la dégradation de sa vie dont « l'intérieur » est emblématique. Ainsi cette patiente qui parle de l'aide ménagère :

« Elle est pas propre sur elle déjà, dans les coins et même ce qui se voit, elle voit pas bien clair j'veux dire, c'est vrai que c'est pénible. Elle aura pas idée de passer un coup de chiffon par exemple sur le four ou sur le dessus c'est pareil, plein trucs qu'elle voit pas : porte savon ou tablette dans la salle de bain ».

« Pourtant j'ai essayé de lui dire, j'aime mieux que vous en fassiez moins mais que ce soit bien fait, j'ai pris des gants pour pas la vexer, c'est pas facile, mais bon elle me sert pas à grand chose honnêtement, c'est ça le pire, je me suis dis ça déchargera aussi ma fille, vu que j'ai été malade, elle se paye la maison quoi ; si on n'y fait pas à mesure après ça s'entasse». Mme Mangin

Son mari et sa fille font ce qu'ils peuvent de leur côté, mais cela ne correspond pas à l'idée qu'elle se fait du ménage et cette question paraît être un sujet récurrent de tensions.

Les étrangers dans la maison c'est aussi une forme d'insécurité qui s'installe, la peur de ce personnel qui passe et n'est pas toujours le même : insécurité tel le vol d'une montre qu'une patiente attribue à l'aide ménagère, insécurité dans les soins, ainsi un escarre survenu lors de la semaine de soins d'une aide soignante dont la manière de faire n'est pas appréciée. Les associations d'aide à domicile font en effet tourner leur personnel chez les patients pour ne pas accroître la pénibilité du travail de leurs salariés. Mais pour les patients, c'est le régime de familiarité qui rend plus supportable l'intrusion dans la maison : or ce régime est rarement atteint avec les changements incessants de personnel.

Toutefois, comme ils le disent tous « on s'habitue » et avec le temps un nouvel équilibre se crée, mais il est fragile : l'état du malade peut se détériorer et tout le système peut être à revoir, les soignants changent et ce qui marche avec l'un devient très difficile avec l'autre.

Chez les patients qui n'ont aucune famille et qui ont surtout des visites de professionnels fixes (infirmière, kinés), une relation stable et durable peut s'établir avec les professionnels qui sont souvent les seules visites reçues et qui sont alors attendues avec impatience.

Médicament, machine surveillance, conduite du traitement à domicile, quelles compétences ?

Le travail de soins techniques est dans certains cas entièrement pris en charge par les professionnels ; ainsi M. Pierre, patient épileptique et fatigué, valide, vivant seul, a été hospitalisé parce qu'il oubliait ses médicaments. A son retour à domicile, une infirmière passe les lui donner chaque jour. Pour lui qui est très seul, c'est une visite quotidienne qu'il apprécie.

Dans d'autres cas il peut être presque complètement pris en charge par les patients ou la famille : une des patientes dans le réseau depuis un an et professionnelle de santé gère elle-même ses médicaments, tient à jour le dossier de liaison et se fait la plupart de ses injections. M. Mangin a pris en charge toute la gestion de la pharmacie de sa femme (outre la sienne propre - deux rangées complètes de placard). Cela suppose une bonne mémoire, une bonne maîtrise de la situation. Mais

il dit parfois ne pas pouvoir dormir car il a peur d'avoir oublié un des médicaments, dont il sait que sa femme est très dépendante. De surcroît, tel un expert, il gère l'oxygénothérapie de son épouse, commande les bouteilles, vérifie la pression et l'adapte en fonction de son état, lui pose l'oxygénothérapie ambulatoire et la règle également, trouve des petits moyens pour que le masque qu'il trouve très mal adapté ne la blesse pas trop. S'entretenir avec lui, le voir faire ces tâches et les commenter, regarder l'organisation de la maison toute entière autour de la maladie, permet de mesurer ce que signifie soigner son conjoint à domicile, les compétences à mettre en œuvre, la quantité de travail que cela représente, les risques également si les personnes ne sont pas compétentes : hygiène, réglages, médicaments, dépistage des complications, capacité à appeler à temps le médecin, le SAMU...

Evidemment les patients entrant dans le réseau n'ont pas tous les mêmes besoins : pour certains, c'est la solution idéale. Qui s'assure de ce que savent les familles, de leur capacité à repérer une complication majeure, à ne pas avoir le mauvais geste ? Qui sera responsable lorsque la famille n'aura pas vu ce qu'il fallait voir, ou n'aura pas fait ce qu'il fallait faire et qu'on ne lui a pas appris ? Enfin, toutes les maisons n'ont pas le même confort, ne sont pas aussi propres, toutes les familles n'ont pas les mêmes connaissances et compétences, ne sont pas toutes aussi présentes, et le retour à domicile recrée une inégalité de traitement que l'institutionnalisation du soin à l'hôpital avait considérablement contribué à effacer.

Le soin à domicile a évidemment de nombreux avantages, y compris d'un point de vue médical : les maladies nosocomiales sont moins à redouter qu'à l'hôpital ; les personnes de la famille qui connaissent bien le patient sont parfois plus attentives aux modifications de son état et peuvent mieux adapter les soins quotidiens. Mais il faut considérer néanmoins le fait que ces actes pour lesquels à l'hôpital on exige des diplômés en soins infirmiers (surveillance de matériel, surveillance des perfusions, de l'état du malade, distribution des médicaments), les familles et les patients peuvent les dispenser totalement ou partiellement à domicile, toute personne y habitant étant finalement réputée compétente jusqu'à preuve du contraire. Cette large participation des familles aux soins oblige à repenser la qualité des soins dans un cadre beaucoup plus large que celui de l'hôpital en intégrant familles et patients au niveau de la formation, de la mise à disposition d'aide documentaire, et en leur permettant de contribuer à l'évaluation des produits.

Le « burn-out » des familles

Ce travail de soins à domicile quand le patient est très dépendant et/ou très malade est, comme le notait Strauss, un *travail sans fin* : pour les patients pour lesquels tout est tellement difficile et qui ne supportent plus la dépendance, travail sans fin aussi pour les familles qui ne peuvent plus rien projeter et qui sont « au service de ». M. Mangin en fin de carrière lorsque sa femme est tombée malade a anticipé sa retraite car il lui fallait être constamment auprès d'elle. Quand le conjoint n'est

plus là, les enfants s'organisent. Mais c'est toute leur vie qui est sous la dépendance du soin à l'aïeul : le fils et petit-fils de la centenaire se relaient pour les repas avec elle et pour la garde de nuit :

« Moi je mange tous les midis vers elle, du lundi au samedi midi, le dimanche matin j'y passe et le soir j'y passe, ça fait une marge ». « Je me garde quand même mon dimanche après-midi parce que bon pour souffler »

La dépendance se lit dans les gestes du quotidien, de la fatigue à l'agacement, la dégradation des relations de couple est parfois patente. La patiente qui est depuis 3 ans dans le réseau et qui ne peut toujours pas marcher sans ses béquilles parle des relations difficiles avec son mari :

« Ben c'est ça qui m'énerve, c'est ces béquilles, je peux rien prendre, alors une bouteille je la porte dans les dents euh, mon mari dit pourquoi tu le dis pas mais tu vois, je vais pas toujours être en train de répéter les mêmes choses, mon mari dit qu'il en a marre, que il est toujours en train de servir, que il fait toujours la rame ; je sens que mon mari est très énervé ça l'énerve; on dirait qu'il me supporte plus, si je lui demande pas il ne pense pas à m'aider, c'est comme ça »
« Il est calme à part le soir il faut qu'il me hurle dessus, ça c'est systématique. Il fait tout de même les courses. Pour prendre ma douche il m'aide mais comme il dit « moi j'ai été opéré du dos, j'suis obligé de tenir parce que t'as tendance à glisser bon ben c'est pas mon rôle »

L'aide d'une infirmière pourrait résoudre le problème, le médecin a fait une ordonnance dans ce sens, mais aucune des cinq infirmières du secteur n'a accepté de le faire pour cause de manque de temps...

Certains patients ne cherchent même plus à retrouver une certaine autonomie, ils se désengagent de toutes tâches et de tout travail possible. Comme le cas d'une patiente qui laissait sa fille tout faire comme le ménage, la préparation des repas ou encore l'apport des commissions... De plus, elle nous le fait nettement remarquer d'après ces propos : « c'est elle qui se débrouille ».

Les familles sont en proie à des sentiments contradictoires : sentiment d'être utile, de faire ce que l'on doit faire, mais aussi sentiment d'être isolé, coupé du monde extérieur, de vivre une vie « à part » sans projet, sans joie, surtout quand les situations s'éternisent. L'amertume de se sentir prisonnier de ce rôle, la colère face au malheur, face à l'autre, le désir de liberté génèrent un fort sentiment de culpabilité. Pour d'autres, c'est la peur et la tristesse qui l'emportent : peur de voir l'autre mourir, peur de ne pas être à la hauteur, tristesse devant la perte des rêves communs et de la vie ordinaire. Ce qui domine est le sentiment de solitude face à ces affects « à qui en parler, cela

n'intéresse personne. On est tous égoïstes, occupés seulement de nos petites affaires. Remarquez je n'en veux pas aux autres moi aussi j'étais comme ça avant que ça m'arrive »

Cette solitude, l'absence d'aide aux familles, est évoquée avec beaucoup de véhémence par M. Mangin : sa femme a failli mourir à deux reprises, elle est atteinte à vie, dépendante de ses bouteilles d'oxygène. Il a eu peur, dit-il, tellement peur, à plusieurs reprises de la voir mourir en attendant les secours et, comme il le dit :

« L'autre jour à la télé ils ont montré un village de la Marne où de je ne sais où où il y avait eu un éboulement et ils ont dit qu'ils avaient appelé une cellule d'urgence avec des psychologues. J'étais fou, je me disais, pour un éboulement ils ont droit à des psychologues, mais pour nous qui vivons depuis des mois cette angoisse, rien, rien du tout ; nous on a droit à rien, on est tout seul »

Le réseau est conscient de cette situation : dans un certain nombre de cas critiques ont été mises en place des réunions à domicile avec tous les intervenants pour repenser avec la famille les modalités de prise en charge. Par ailleurs l'embauche d'une psychologue à tiers-temps permettra probablement d'aider les familles et patients en difficulté. Deux associations bénévoles : « Présence » et « La Ligue contre le cancer » peuvent également assurer une forme de soutien psychologique à la demande. La prise en charge de longue durée de patients avec des pathologies ou des dépendances importantes pourrait peut-être faire l'objet de protocoles spécifiques (visites systématiques, réunions avec la famille, soutien psychologique) afin d'évaluer la qualité du soin à domicile, l'absence de risque de mauvais traitement du patient et/ou de *burn-out* de la famille.

3.4.4 Coordination des intervenants dans le réseau

Les IC prennent des nouvelles après le retour et envisagent la manière de suivre l'évolution de manière plus systématique. Par ailleurs, le contact avec les infirmières du secteur leur permet d'être alertées quand la situation devient difficile.

Si des contacts ont lieu entre infirmières, il n'en est pas de même des contacts entre différentes catégories de soignants : chacun a ses modalités de transmission mais aucune communication ne s'établit, sinon à l'occasion entre catégories. Une kiné rencontrée considère comme souhaitable de susciter des rencontres entre les divers intervenants concernés par le même patient : *« Si on se parlait de ce qu'on sait, ce qu'on voit, on pourrait améliorer les choses, recouper des informations, au lieu de ça c'est chacun dans son coin »*. Cette même kiné considérerait que le réseau pourrait organiser cette communication à propos des malades : *« nous on n'a pas l'autorité pour le faire »*.

Une IDE libérale notait que le réseau lui permet de régler des problèmes administratifs et lui apporte des clients. Mais selon elle les patients sont adressés de manière précipitée, l'information concernant les patients et venant des IC ne passe pas suffisamment bien et l'analyse des besoins

n'est pas suffisante car des patients non autonomes sont renvoyés à la maison alors qu'ils n'ont pas de soutien familial. La difficulté de transmission est surtout retrouvée lorsqu'il s'agit d'un groupe d'infirmières dans lequel la transmission d'information est insuffisamment organisée. (Non notée, une information transmise par l'IC à une IDE n'est pas transmise aux autres ; autre exemple : une IDE a rappelé trois fois le réseau dans la même après-midi car elle ne savait plus ce qu'elle devait faire). Avec les pharmaciens, la communication passe bien et il est rare que des problèmes soient rencontrés.

Là encore l'hôpital a mis des années à mettre au point des systèmes de communication écrits et oraux. Bien qu'ils soient peu interdisciplinaires, ils existent et permettent une certaine sécurité et continuité des soins. A domicile, là encore, il faudrait réinventer des modes de communication *ad hoc* et adaptés aux situations rencontrées. C'est une des conditions de la qualité des soins en réseau et de l'égalité de traitement.

Conclusion

La production de service en réseau étant étroitement liée au travail de la singularité, on peut se demander si l'égalité de traitement entre patients, la qualité des soins ne risquent pas d'être remis assez largement en cause. Cette égalité de traitement assurée, à l'intérieur de l'hôpital, par la standardisation des pratiques, du matériel, par l'organisation, la formation, la communication des soignants entre eux, doit être repensée dans le travail en réseau. Outre les procédures incitatives à venir (accréditation des réseaux et financements qui y seront nécessairement liés), c'est la capacité du réseau à créer de la confiance, à produire des connaissances, des conventions communes et une communication efficace qui sera le garant principal de la qualité du service et de l'égalité des soins. Ceci suppose au final un investissement des différents acteurs du réseau et notamment un investissement en temps pour se coordonner et co-produire ces connaissances : dans la phase d'innovation, cet investissement est consenti assez volontiers, encore que les médecins y participent peu ; mais il y faudra d'autres incitations et notamment une certaine institutionnalisation lorsque cette « lassitude des acteurs de l'innovation » dont parle Alter (2001) apparaîtra.

Par ailleurs la part croissante des patients et de leur famille dans le soin, tout autant la demande sociale d'autonomie et de démocratie sanitaire qui a été entérinée par la récente loi Kouchner (4 mars 2002), vont obliger à penser la place des patients des familles et des associations de patients dans le travail en réseau. Leur contribution est essentielle à prendre en compte à tous les niveaux (information, partenariat de soins, documentation, évaluation de la qualité du réseau et des produits fournis) : encore faut-il le souhaiter et créer des dispositifs qui le permettent effectivement. C'est probablement un des enjeux les plus stimulants pour l'avenir des réseaux et plus généralement de la santé.

CHAPITRE II

PRODUCTION DE SERVICE ET USAGES DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION DANS LES BANQUES

Le paysage bancaire s'est profondément transformé ces vingt dernières années sous l'effet des politiques de déréglementation, de la globalisation de la concurrence et de l'intégration des évolutions technologiques. Les banques ont dû adapter leurs activités et modifier leur offre de produits et services.

La place centrale de l'usage des technologies dans l'adaptation des banques aux transformations du contexte de leur activité est examinée dans la première partie et illustrée par l'analyse des cas de trois banques de détail à réseau d'agences. La généralisation de l'utilisation des TIC ne semble pas s'accompagner d'une remise en cause de l'organisation, il y aurait plutôt superposition des moyens techniques de traitement et de communication à l'organisation traditionnelle des banques.

Cependant, l'implantation des moyens techniques dans les fonctions et métiers de *front office* permet d'agir sur certaines caractéristiques et de modifier le rapport à la clientèle. La deuxième partie examine dans quelle mesure l'usage des outils TIC et l'ouverture d'un nouveau canal de communication avec les clients (la banque à distance) modifient la gestion de la relation au client et quels sont les enjeux qui émergent en termes de gestion de connaissance, notamment pour les personnels de contact.

1. Les modalités de l'étude

1.1. Les hypothèses

Le développement des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) a depuis quelques années un impact important sur les entreprises, en modifiant la communication entre les différents services de l'organisation, les niveaux hiérarchiques et les relations aux clients. Ces transformations ne sont pas achevées et les conséquences ne semblent pas uniformes. Des exemples tirés essentiellement de l'industrie semblent montrer une transformation assez importante de l'organisation générale et des relations entre les acteurs. Ce sont aussi les conditions d'efficacité qui

semblent se transformer, notamment dans la mise en évidence d'une performance globale, qui ne peut plus être conçue ni mesurée comme la somme des performances individuelles. Dans les activités de service, et particulièrement dans la banque, des études sont nécessaires pour préciser quel nouveau modèle d'organisation industrielle est en cours d'élaboration.

Les diverses vagues technologiques et la libéralisation du système financier au niveau mondial ont contribué à la modification du monde bancaire. Ce changement du paysage bancaire s'explique par trois facteurs : la déréglementation, la globalisation de l'information et les évolutions technologiques. Face à ces transformations, l'industrie bancaire a tenté d'adapter ses activités en se tournant vers une nouvelle logique. Elle a intégré les progrès technologiques dans l'élaboration d'un nouveau type de banque pour améliorer son offre de produits et services grâce aux nouveaux modes de communication. Cette démarche constitue l'un des moteurs de la compétitivité bancaire : elle propose ses prestations au client en exploitant les nouveaux canaux de distribution.

La recherche engagée par le GATE et le GRIC sur le thème de "Connaissance et communication. Conditions d'une efficacité de la production de service" vise à mieux comprendre les processus de production des services dans un contexte de développement des nouvelles technologies d'information et de communication, à mettre en lumière le rôle des connaissances dans ce processus, à souligner les implications organisationnelles et les conséquences pour les acteurs : changement des rôles et des places, nouvelles compétences.

1.2. L'organisation des analyses de cas

Les investigations ont été menées sous la forme de stages d'étudiants qui avaient pour objectifs de réaliser des études de cas suivant deux approches disciplinaires.

Dans une approche économique, les études de cas ont visé :

- à repérer les divers types de TIC utilisés dans l'organisation, aussi bien pour organiser sa production, mettre en relation les différentes fonctions, gérer les relations avec les clients.
- à analyser les principales conséquences de ces TIC dans le fonctionnement global de l'entreprise, notamment en s'interrogeant sur l'amélioration de l'efficacité,
- à analyser les mutations dans la relation aux clients et les transformations induites (qualité de la relation, nomadisme des clients, différenciation des services effectivement utilisés, développement de services sur-mesure).

Dans une approche psychosociale, les études de cas visaient à observer :

- des mutations dans les compétences nécessaires
- des questions d'appropriation et de rejet de ces outils et une analyse des raisons
- des questions de compétence du côté des clients

Un premier stage¹ s'est inscrit dans une perspective de vision globale des entreprises bancaires et des transformations que l'introduction des TIC entraîne². Les opportunités et la conjoncture (en particulier, le passage à l'Euro) n'ont pas été favorables à une recherche approfondie sur les pratiques de travail dans la banque. Il n'a donc pas été possible de pousser en profondeur les investigations. Faute d'un accord permettant une observation en détail du travail et de ses modifications, le stage a consisté en une enquête auprès de trois banques à réseau. Des entretiens (16) dans trois banques (Crédit Agricole, Société Générale, Banque Populaire) ont été réalisés, d'une part, avec des responsables (RH, Marketing, Stratégie, Informatique) et, d'autre part, avec des chargés de clientèle ou chargés d'entreprise.

Les principaux points du guide d'entretien portaient sur :

- les TIC utilisées
- les transformations des relations avec les clients
- le positionnement par rapport à la concurrence
- les changements introduits dans l'organisation
- les transformations du travail et des compétences, l'efficacité individuelle et celle des équipes
- les modifications dans les modes d'évaluation.

Un deuxième stage³ a été effectué auprès de la direction Marketing du Crédit Mutuel Dauphiné-Vivarois (CMDV). Il a été réalisé par une étudiante du DESS "Innovation et Intelligence économique" du 1^{er} avril au 30 juillet 2001. Il a porté sur les aspects de la banque multicanal et en particulier sur la banque par Internet.

La distribution de produits et services par la banque peut se faire désormais, soit à partir d'agences bancaires, soit de façon directe en utilisant les technologies. Le terme de banque "multicanal" recouvre toute pratique de contact avec ou sans intervenants physiques, avec ou sans réseau d'agences. La banque "multicanal" peut se définir comme étant un réseau de distribution de produits bancaires via des canaux traditionnels ou modernes.

Les banques ont ajouté de nouveaux canaux à leur stratégie de distribution, dans une démarche essentiellement technologique et de manière cloisonnée pour faire face à une concurrence de plus en plus active. Ce faisant, elles n'ont pas traité des questions nouvelles posées par la relation client dans sa globalité. Depuis peu, les banques ont conscience de la nécessité de traiter la masse d'informations disponibles via l'ensemble de ces canaux et d'en faire une arme contre la concurrence.

¹ Dubien A., 2001, " *L'impact des NTIC dans le secteur bancaire*", GATE et GRIC, CNRS

² Il a été réalisé par une étudiante du DESS de Psychologie Sociale du 1^{er} avril au 30 juin 2001

³ Beaubert S., 2001, " *Optimiser Internet dans la politique de distribution d'une banque à réseau*", Rapport de stage, DESS Innovation et Intelligence économique (2IE), Université Lumière Lyon 2, CNRS

La banque sur Internet se situe au cœur d'une nouvelle approche de l'offre de service à la clientèle. Elle peut aussi bien être un canal complémentaire de distribution qu'un substitut aux banques traditionnelles.

Quelle sera donc la véritable place du Net dans la politique de distribution d'une banque à réseau ? Comment optimiser Internet dans une stratégie de distribution bancaire "multicanal" pour une banque à réseau régionale telle que le Crédit Mutuel Dauphiné-Vivaraïs (CMDV) afin de répondre aux attentes des clients et contrer la concurrence ?

2. Le service de la banque : contexte et usages des TIC

2.1. Le service de la banque, la concurrence et la position du client

Les milieux spécialisés de la banque, tant les professionnels que les chercheurs spécialisés, ont souvent exprimé leurs doutes sur la possibilité d'envisager l'activité bancaire sous l'approche de l'économie des services. En effet, les analyses théoriques de la banque révèlent des approches différenciées et partiellement contradictoires de l'output bancaire. Pour la banque, la monnaie est en même temps l'objet et le prix de l'activité. Dès lors, les dépôts bancaires, par exemple, peuvent être considérés soit comme des produits (approche dite de la production), soit comme des inputs (approche dite de l'intermédiation). Cela recouvre en partie les différences entre les points de vue de l'analyse microéconomique ("les dépôts font les crédits"), d'une part, et de l'analyse macroéconomique ("les crédits font les dépôts"), d'autre part. Les débats internes de l'approche dite industrielle de la banque ne permettent pas non plus de conclusion tranchée⁴.

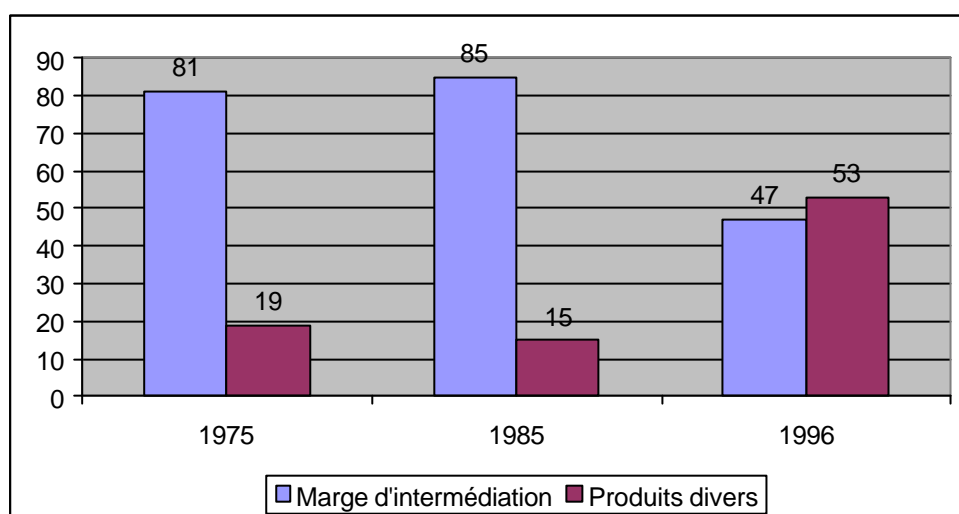
Une autre approche apparaît donc nécessaire. Elle a été proposée par Gadrey (1996). Elle permet d'établir un partage entre prestation de service et produit. La notion de produit comprendrait toute opération financière réalisée dont l'objet serait des capitaux. Le service serait une prestation proposée à la clientèle et exécutée sur son ordre et/ou pour son compte ; les capitaux n'étant alors que le support de l'opération.

Le contexte institutionnel n'a pas toujours rendu possible d'opérationnaliser cette distinction, car le métier de la banque, activité de commerce ou d'intermédiation, ne relève pas directement du droit privé. Compte tenu de leur rôle macroéconomique, les banques et établissements financiers ont été historiquement étroitement contrôlés et encadrés. Dans le contexte du cadre institutionnel très contraignant jusque dans les années 1980, la notion même de service ne pouvait qu'être très restreinte. Le statut juridique spécifique, les lois de nationalisation du 2/12/1945 puis du 11/2/1982, ont renforcé les missions d'intérêt général des banques de détail. On peut mentionner en particulier

l'ouverture quasi-automatique de comptes bancaires, l'obligation d'effectuer par chèque toute transaction supérieure à un certain montant, l'interdiction de tarifer les moyens de paiement et de rémunérer les dépôts à vue.

L'accélération des processus de libéralisation et de déréglementation financières depuis le milieu des années 1980 a bouleversé cet environnement. L'activité d'intermédiation ne fournit plus depuis les années 1990 l'essentiel de la marge des banques (produit net bancaire). D'autres activités dont le taux de rentabilité est supérieur font désormais partie de l'activité des banques de détail.

Tableau : composantes du produit net bancaire 1975-1996



Source Nacer Bernou, 2001 (d'après Plihon), p.14

Dans les années 1980, le mouvement de libéralisation des économies occidentales s'est accompagné d'une mutation de l'environnement réglementaire des banques. En France, la loi bancaire de 1984 marque l'abandon des distinctions entre banques de dépôt, banques d'affaire et banques de crédit à moyen ou long terme. Les établissements de crédit sont tous soumis à la même réglementation et au même contrôle et la concurrence entre banques se développe ainsi que l'innovation sur l'épargne, le crédit et les services. Dans les années 1990, l'ouverture du marché unique européen a conduit à harmoniser les législations et réglementations nationales, en particulier en ce qui concerne les conditions d'accès à la profession, les règles comptables, les normes prudentielles minimales et les dispositions de protection de la clientèle (en France, loi de modernisation des activités bancaires du 2/7/1996). Une des conséquences est la suppression des barrières légales qui protégeaient les intermédiaires financiers de la concurrence. Devenant un marché "contestable", la concurrence entre les banques s'amplifie. Les capacités nouvelles de l'informatique et des télécommunications ont favorisé un développement rapide des banques à

⁴ Ces débats sont résumés dans un tableau en annexe : Cf. Tableau "La banque transforme des inputs en outputs : des

l'échelle mondiale et elles doivent faire face aussi à la concurrence d'autres acteurs non-bancaires comme des firmes de communication, de grande distribution, de logiciels, d'assurance ou de prestations multi-services.

L'ensemble de ces mutations a contribué à fragiliser des situations acquises. Les banques subissent un déclin de l'intermédiation classique, une érosion de la rentabilité de leurs activités traditionnelles et une altération de leur performance. L'intermédiation par la firme bancaire traditionnelle, centrée sur la collecte de dépôt et l'octroi de crédit, tend à décliner au profit d'une intermédiation de marché, qui s'articule sur la mise en commun de l'épargne et de la gestion active de portefeuille. Les acteurs centraux sont les investisseurs institutionnels et les banques sont contraintes de s'adapter à cette forme de finance indirecte. Il s'ensuit un tassement de leur marge d'intérêt, c'est-à-dire de l'écart entre les produits et les charges financières associées à leurs opérations d'intermédiation classique. Elles doivent faire face, en effet, à la fois à un renchérissement de leurs ressources, par suite, en particulier, de la déréglementation des taux créditeurs, et à une baisse du rendement des crédits sous l'effet de la concurrence sur la tarification ("marchéisation").

Dans ce contexte, le ratio élevé d'agences ou de guichets par nombre d'habitants en France, comparé à celui de pays comme les Pays-Bas, le Royaume Uni, les pays scandinaves ou les États-Unis est apparu comme une "surbancaisation". Elle est ancienne et perdure car elle agit comme une barrière à l'entrée dans la profession (Pollin J-P., Ullmo Y., 1992). Mais elle pèse sur la performance des banques et contribue à les amener à renforcer les exigences de rentabilité sur chacune des agences.

Ces mutations obligent les banques de détail et particulièrement les banques de détail à réseau d'agences à développer des stratégies pour faire face non seulement à la libéralisation et à la possibilité des banques spécialisées de drainer une nouvelle clientèle aux dépens des banques généralistes, mais aussi à la capacité nouvelle d'acteurs non bancaires d'offrir des systèmes de crédit *ad hoc*. Face à cette concurrence, les banques généralistes ont développé des stratégies nouvelles dans deux directions.

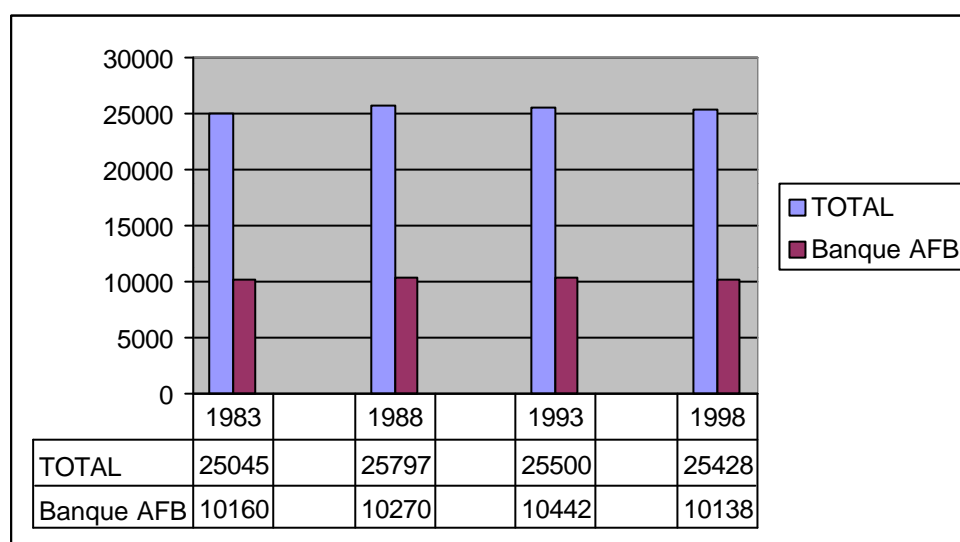
La première concerne la distribution de nouveaux services. Certains trop éloignés du métier sont restés anecdotiques (voyages, ...). En revanche, la distribution des produits de l'assurance connaît un succès certain. Elle donne lieu à la montée de la "bancassurance", c'est-à-dire d'associations financières et juridiques avec des compagnies d'assurance.

La seconde orientation vise à réorganiser la politique de distribution. Il s'agit pour les banques de se situer par rapport au client non plus seulement comme un offreur de produits mais comme un conseiller susceptible d'accompagner le client dans ses démarches et comportements qui ont une

approches différentes", source Nacer Bernou, 2001, p.7.

répercussion sur son patrimoine. Le développement de nouveaux canaux de distribution pour améliorer l'offre et le placement de nouveaux produits et services doit permettre de résister à la concurrence des banques sans agence physique, et particulièrement des banques à distance sur Internet. Et plus fondamentalement, il s'agit d'utiliser l'agence comme promotion de produits et services mieux adaptés aux clientèles. Cette utilisation plus efficace du réseau d'agences ne consiste pas à s'appuyer seulement sur les effets de présence et de proximité locale mais à conforter les compétences des personnels des agences par une utilisation nouvelle de l'ensemble des informations sur les transactions des clients et de leur proposer des produits et services adaptés ou sur-mesure. On peut constater d'ailleurs que cette orientation conduit à la stabilisation du nombre des agences en France.

Tableau : Un nombre d'agences bancaires stable



Source : Banque de France

Les innovations technologiques et plus généralement un usage plus adéquat des technologies de l'information et de la communication sont devenus, dans ce contexte, des points clés pour ces banques de détail : tant comme un outil d'amélioration de la rentabilité que comme un outil de diversification des services fournis.

2.2. Système d'information et développement des TIC

Dans les mutations rappelées au paragraphe précédent, l'enjeu de la maîtrise du système d'information est un point clé. Or celui-ci est en pleine transformation. On peut parler d'une vague nouvelle d'informatisation des banques. Elle a commencé au début des années 1990 et se présente comme l'aboutissement des précédentes vagues d'informatisation mais avec des caractéristiques

nouvelles d'application dans le front office. Ses applications nouvelles tentent de répondre aux enjeux nouveaux de positionnement des banques de détail.

Les deux précédentes vagues d'informatisation ont surtout porté sur le back office de la banque. Il s'agissait de l'informatisation centralisée de traitement de l'information (années 1970) ; puis, de l'informatisation décentralisée, marquée par l'arrivée des micro-ordinateurs et par l'automatisation de certaines opérations en lien avec la clientèle (années 1980). Elles visaient principalement l'obtention de gains de productivité dans les traitements de back office.

La troisième vague d'informatisation en cours comporte des caractéristiques nouvelles et lie plusieurs évolutions.

La première est l'aboutissement des précédentes transformations du back office. Il s'agit de l'industrialisation du traitement lourd des masses d'information, en particulier le traitement des chèques et des échanges d'information entre les banques. Externalisées ou prises en charge par un département spécialisé de la banque, ces tâches apparaissent aujourd'hui comme un domaine à part qui relève d'une conduite des opérations et d'une organisation du travail sur le mode industriel.

Une deuxième évolution tire partie des fonctionnalités des applicatifs de l'informatisation pour la bureautique et rend ces outils disponibles à tous les postes de la banque.

Enfin la troisième évolution est la mise à disposition de la clientèle de moyens diversifiés de contact avec la banque et de possibilités d'action sur les opérations financières.

Ces trois évolutions sont en fait reliées. L'industrialisation du back office doit permettre de décharger les postes des agences de tâches lourdes de traitement et de les centrer plus efficacement sur les questions de rapport à la clientèle. La généralisation des outils de bureautique permet aux agents du front office de disposer des outils de traitement en temps réel d'opérations réalisées en présence des clients. Enfin la multiplication des points d'entrée en interaction avec la banque doit permettre une meilleure appréhension des comportements de la clientèle et donc de leur offrir des services mieux adaptés.

Cette nouvelle vague d'informatisation se traduit en termes d'organisation par deux tendances opposées. La première est un renforcement de la centralisation et de l'intégration. L'importance de l'informatique est réaffirmée et conduit à lui donner une dimension stratégique. Le poids des investissements matériels et humains justifie la mise en place de directions informatiques centralisées dans les grandes banques à réseau, ce qui va dans le sens d'une intégration des moyens, des logiciels ou des applicatifs et réduit, par là, les possibilités d'innovation des échelons régionaux ou locaux. Mais, en reportant sur le front office des enjeux de rentabilité, cette intégration des moyens et des politiques technologiques s'accompagne d'une exigence accrue de résultats et d'appels à l'initiative décentralisée des agents en contact avec la clientèle.

2.3. La généralisation des usages des TIC : analyse de cas de plusieurs réseaux

Les enquêtes réalisées pendant la recherche permettent d'illustrer les différentes applications des technologies dans la banque. Trois aspects dominant : la généralisation d'outils communs, l'importance déterminante de la communication ; et les usages différenciés suivant la position relative dans la banque (Cf. Tableau 1 : Les outils TIC dans les cas analysés).

Des outils communs aux différentes fonctions et métiers de la banque

La mise en service récente, pour les besoins internes de la banque, de systèmes au protocole Internet a permis de rendre accessible l'utilisation d'outils de bureautique et de communication à l'ensemble des fonctions et métiers. Leur accès se fait à travers l'Intranet qui est généralement commun à une direction ou plusieurs directions régionales.

Les outils de bureautique sont disponibles sur l'Intranet de la banque. Ce sont les outils classiques de la bureautique mais aussi des outils de travail partagé. L'exemple le plus souvent cité est celui de l'agenda partagé (messagerie Outlook). Il est très utilisé par toutes les fonctions. Il libère en particulier les commerciaux de la gestion des rendez-vous, tout autre agent pouvant consulter l'agenda des chargés de clientèle et fixer les heures de rendez-vous. Il est apprécié des commerciaux car ils ne sont plus contraints d'interrompre un rendez-vous commercial pour fixer au téléphone l'heure d'un entretien avec un client (au Crédit Agricole, ce système d'agenda fonctionne exclusivement pour les commerciaux).

D'autres outils sont consacrés à la communication interne. Il est intéressant de noter que la circulation de l'information fonctionne suivant deux strates. La première est l'information descendante, du siège vers le réseau des agences pour la banque nationale, de la caisse régionale vers les agences locales des caisses pour les banques fédérales. C'est un premier niveau de messagerie, calé dans ses fonctionnalités sur la hiérarchie classique des banques. Cette messagerie est devenue indispensable pour tous les postes de travail, car il n'y a plus de circulation systématique de support papier et c'est la messagerie qui donne accès aux documents et aux renseignements sur la vie de l'entreprise, comme l'annuaire des personnels, la liste des postes à pourvoir, etc. Elle donne accès au listing des procédures. La deuxième strate correspond à la gestion des communications horizontales entre les agences et les personnels relevant d'une même caisse locale.

On constate bien une intensification de l'intégration des TIC dans les activités et les tâches. En témoigne en particulier l'extension des logiciels dédiés à certaines fonctions ; ou encore les possibilités nouvelles de communication entre agences ou entre l'agence et le siège.

D'autres outils sont des applications dédiées de logiciels pour certaines fonctions. Ils couvrent les besoins du marketing, des ressources humaines (démographie, prévision des remplacements à venir, effectifs en formation), de la gestion de la paie.

Des accès limités à l'Internet

L'Internet a une utilisation totalement différente. D'une part, son accès ne se fait pas de n'importe quel poste ; d'autre part, les adresses email sont restreintes.

Dans deux banques, l'accès, lorsqu'il existe, ne se fait que sur un seul poste par agence. L'adresse email est unique pour une agence et les messages qui proviennent des clients sont reçus au siège qui se charge de les dispatcher ensuite vers l'agence du personnel concerné.

Dans une autre banque, la consultation de sites externes est limitée aux seuls chargés de clientèle et bornée aux seuls sites concernant l'activité bancaire.

Le développement très récent de l'Extranet et la multiplication des points de contact pour la clientèle

Les possibilités des sites web qui permettent aux clients un nouveau canal de communication avec la banque ne commencent à être exploitées que depuis peu. Dans la pratique, les banques hésitent entre étendre ses possibilités ou les restreindre compte tenu du faible nombre des personnes qui l'utilisent. Pour le moment, les sites web offrent les possibilités de réaliser les actions élémentaires comme celles disponibles sur les GAB et fournissent des informations sur les produits et sur la banque, ainsi que des informations plus générales.

Il est intéressant de constater aussi que la mise en service des possibilités des sites web ne se substitue pas à la mise en place simultanée de plates-formes téléphoniques. Celles-ci visent le même objectif d'étendre les possibilités de contact avec la banque pour les clients.

Les usages ne sont pas indifférenciés. Ils reflètent l'importance donnée au traitement de l'information et aux outils de communication pour le front office.

Les postes de direction parlent beaucoup de la pratique des gens du front office ou du groupe en général, lors de la question sur les TIC utilisées. Eux-mêmes ont, cependant, une pratique assez basique. Ils évoquent leur adaptation parfois difficile à ces nouveaux outils. Ils sont généralement de « l'ancienne génération » qui n'a pas eu l'habitude de travailler ainsi.

Les chargés de clientèle particulière et professionnelle utilisent de façon très pratique ces outils. Ils sont généralement assez jeunes donc ils ont l'habitude de manipuler ces technologies, notamment

lors de leur cursus scolaire. De plus, ils s'adaptent rapidement. Ils ont des manipulations à faire avec le client en direct, donc ils ont besoin d'une bonne connaissance de l'outil.

Pour conclure ce descriptif de l'analyse de l'utilisation des TIC dans les banques, il est intéressant de souligner que la généralisation de l'utilisation des TIC ne s'accompagne pas d'une remise à plat de l'organisation. On peut constater une superposition de moyens techniques de traitement et de communication à l'organisation traditionnelle des banques. L'implantation décisive des moyens techniques dans les métiers du front office et leur ouverture sur la clientèle transforment les pratiques. Cependant, certaines utilisations sont freinées comme le développement du travail collaboratif à distance, du fait notamment des limitations imposées à l'accès et à l'usage d'Internet dans les agences. Il s'agit là d'un aspect important où des pratiques nouvelles de travail, comme les groupwares interfèrent avec la sociologie de l'organisation et les impératifs de l'intégration technique des moyens. Les circonstances de ce travail de recherche n'ont pas vraiment permis d'approfondir cette question mais elle devrait faire partie d'une future action de recherche.

Tableau 1 - Les outils TIC dans les cas analysés

1) Intranet et logiciels spécifiques

Société Générale	Crédit Agricole	Banque Populaire
<ul style="list-style-type: none"> • Intranet : - <i>Messagerie Outlook.</i> Les communications sont : ✓ Internes au groupe ✓ Inter- groupe ✓ Avec le siège de Paris : communications « descendantes ». Siège -> Bureaux - <i>Vidéotex.</i> Informations accessibles sur la vie de l'entreprise. - <i>Agenda partagé</i> Chaque personne du groupe peut prendre un RDV avec le reste du personnel. • Logiciels spécifiques : au marketing, aux ressources humaines... • Internet : ✓ Un poste par agence réservé uniquement à cet effet. Pas d'adresse email dédiée à chaque personne mais une pour l'ensemble de l'agence. ✓ Emails centraux : les clients envoient des messages au siège de Paris qui dispatchent ensuite aux personnes concernées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intranet : - <i>Messagerie via Intranet</i> Communications avec toutes les personnes de : ✓ La caisse régionale : siège et réseau ✓ Des autres caisses régionales du GIE. - <i>Circulation d'information, de documents, de renseignements sur la vie de l'entreprise (ex: postes à pourvoir)</i> - <i>Listing des procédures</i> - <i>Annuaire</i> - <i>Agenda partagé, uniquement pour les commerciaux ; (sera étendu aux fonctions de RH)</i> • Logiciels spécifiques : pour les prêts, la gestion du personnel, pour le marketing... • Internet : Pas d'accès sur le poste de travail. En prévision (à très court terme), un poste avec accès Internet par agence. Adresse email par agence et non par interlocuteur. - <i>GRD</i>: gestion des clients hors département (agence spécifique). 	<ul style="list-style-type: none"> • Intranet : - <i>Messagerie Outlook</i> Communications : ✓ Internes au groupe ✓ Inter- groupes - <i>Annuaire</i> : renseignements sur le personnel et trombinoscope du personnel - <i>Agenda partagé</i> avec l'ensemble du personnel • Logiciels spécifiques : pour la gestion des paies, pour le recrutement (démographie et prévision des remplacements futurs, et pour la formation. • Internet : Accès Internet à <u>chaque</u> poste de travail : ✓ limité pour le chargé clientèle à des sites spécifiques, concernant l'activité bancaire ✓ illimité pour les postes de direction. ✓ Adresse email professionnelle dédiée à chaque personne sans contrôle de contenu.

Source : d'après Dubien A., 2001, "L'impact des NTIC dans le secteur bancaire", GATE et GRIC, CNRS

Tableau 1 - Les outils TIC dans les cas analysés**2) Extranet**

Société Générale	Crédit Agricole	Banque Populaire
☒ Extranet : Site web national	☒ Extranet : Site web national	☒ Extranet : Site web national
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Banque au quotidien <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Gérer son compte courant</u> : RIB, relevé de compte, renouvellement du chéquier, opposition sur chèque, transfert de compte, avis de prélèvements sécurisés, domiciliation des revenus et des rentrées occasionnelles. ▪ Récompenser sa fidélité ▪ Choisir sa carte ▪ Gérer sa trésorerie ▪ Gérer ses comptes à domicile : <i>Logitel net : consultation de ses comptes sur Internet; Vocalia : consultation de ses comptes par téléphone</i> ✓ Prêts : Réaliser son projet immobilier, financer ses achats et études ✓ Placements <ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimiser ses placements ▪ Investir en bourse ▪ L'assurance-vie ▪ Les livrets de plans épargne ▪ Les comptes à terme ✓ Les assurances <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protéger ses biens ▪ Protéger ses proches ▪ L'assurance vie 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le client a accès à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Simplifier son argent au quotidien ▪ Épargner et faire fructifier son argent ▪ Réaliser son projet immobilier ▪ Concrétiser ses projets ▪ Protéger ses proches et ses biens ▪ Préparer sereinement sa retraite ▪ Avoir des renseignements spécifiques s'il a - de 25 ans ✓ Bourse en continu et cours des devises ✓ Offres d'emploi du Groupe Crédit Agricole, présentation des sponsoring ☒ Extranet : Site web régional ✓ Le client a accès à : son compte personnel et ses titres (Consultation, Virement, Demande de RIB, Passer des ordres de bourse ✓ Présentation des produits et services <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Jeunes</u> (votre argent au quotidien, les cartes mozaic, les réductions, l'épargne, les assurances) ▪ <u>Particuliers</u> (quotidien, projet, habitat, épargne, retraite, famille, assurance) ▪ <u>Agriculteurs</u> ▪ <u>Professionnels</u> : vendez sur Internet, relations bancaires, 4 assurances, accès au compte, l'offre monétique ▪ <u>International</u> : conquérir des marchés à l'étranger ▪ <u>Entreprises</u> : présentation des différents secteurs économiques de la région. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'essentiel du groupe ▪ L'actualité ▪ Sponsoring voile ▪ Sites Web du groupe ▪ L'Euro ▪ Simulations ▪ Recrutement et emplois ▪ Listes des agences ▪ Plan du site ▪ Contacts ☒ Extranet : Site web régional ✓ Présentation de la Banque Populaire ✓ Présentation des produits et services ✓ FAQ Cyberplus ✓ Tonalité plus : communication par téléphone du solde et des dernières opérations ✓ Téléplus : communication par minitel ✓ Turbofax : communication par fax ✓ Cyberplus : communication par Internet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Solde du compte et historique des opérations ▪ Consulter son dernier relevé de compte et celui en cours ▪ Télécharger l'ensemble de ces données dans un logiciel de gestion (Excell, Quicken, Money) ▪ Réaliser des virements entre ses comptes ou vers l'extérieur ✓ Line bourse : bourse en ligne

Source : d'après Dubien A., 2001, "L'impact des NTIC dans le secteur bancaire", GATE et GRIC, CNRS

Tableau 1 - Les outils TIC dans les cas analysés

3) Autres

Société Générale	Crédit Agricole	Banque Populaire
<ul style="list-style-type: none"> • Plate- forme téléphonique (en prévision) ✓ avec des plages horaires plus importantes que l'ouverture des agences. ✓ Les téléopérateurs seront d'anciens "exploitants". • Autres en prévision ✓ <i>Autres- Serveurs vocaux</i> ✓ <i>Vidéo- conférences</i> : elles sont limitées et souvent destinées aux clients. ✓ <i>Télévision interactive</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Plate- forme téléphonique : ✓ avec appels entrants et sortants • Autres en prévision ✓ <i>Partenariat avec TF1</i> pour un site en commun. ✓ <i>Agenda partagé pour tous</i> Changement du parc Informatique (compatibilité avec le Web) - <i>Scannérisation des chèques</i> 	<p>Plate- forme téléphonique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autres en prévision ✓ <i>Visio- conférences</i> dans les agences reliées avec le siège régional. ✓ <i>Signature électronique</i> pour les clients (certification) ✓ <i>Développement plus important des sites Web</i> qui sont encore basiques. - <i>Scannérisation des chèques</i>

Source : d'après Dubien A., 2001, "L'impact des NTIC dans le secteur bancaire", GATE et GRIC, CNRS

3. Des transformations inachevées

3.1. Les mutations récentes de la banque généraliste à réseau

Les transformations en cours des banques généralistes en réseau peuvent être analysées comme une tentative de faire face aux modifications de l'environnement et plus précisément des transformations des conditions de leur activité.

La vente de services est devenue l'activité à la plus haute rentabilité. Comme la demande des ménages en matière de crédit est restée stagnante et que celle des entreprises a chuté, les banques ont exploré de nouveaux domaines pour faire face au tassement de leurs marges. Les services comme les produits d'assurance, les opérations de haut de bilan liées aux introductions en Bourse, les fusions et acquisitions ou la gestion des actifs (Opcvm, épargne-retraite, assurance-vie) connaissent une expansion soutenue. La faiblesse des résultats des banques en France au regard de celles au Royaume-Uni, en Espagne ou aux États-Unis doit être relativisée, car sur le marché national, une majorité des banques a dégagé un retour sur investissement supérieur à 10% (*Return on equities* ou bénéfices sur fonds propres), notamment grâce aux commissions sur les nouveaux services.

Dans un environnement de concurrence accrue⁵, la recherche de fidélisation de la clientèle est devenue une orientation privilégiée. Le développement de "conventions de service bancaire" correspond à un mode de commercialisation dit de vente liée. Elles associent à un produit de base classique comme le compte courant ou la carte de paiement un paquet (*package*) d'autres produits et services comme un compte d'épargne, une assurance des moyens de paiement, une ligne de crédit et d'autres services bancaires ou non-bancaires. Les effets attendus de cette pratique sont : la différenciation d'avec les offres rivales, la complémentarité des éléments de l'offre en lots et l'obtention d'économie de gamme, une meilleure discrimination des consommateurs suivant leur disposition à payer. Les effets de la vente liée sont loin d'être automatiques (C. Le Roy, 2002), ils ne peuvent être obtenus sans que se mettent en place une nouvelle gestion de la relation au client et une utilisation nouvelle de l'information sur les comportements de la clientèle. Ces effets peuvent aussi être contrebalancés par de nouvelles réglementations. Ainsi, l'instauration d'un "service bancaire de base"⁶ qui vise à réduire le phénomène d'exclusion bancaire et à permettre à tous d'accéder à un minimum de services, oblige les établissements bancaires à proposer une offre

⁵ Pour la banque de détail, la situation de concurrence est forte sur tous les principaux marchés : concurrence entre les banques AFB et les réseaux mutualistes et de la Poste, mais aussi une concurrence avec de nouveaux opérateurs non-bancaires comme la grande distribution (collecte de l'épargne, crédits à la consommation), les constructeurs automobiles (crédits à la consommation) ou les assurances. Cf. Tableau "Les marchés de la banque de détail", CEP des Banques, DGEFP, 1999.

⁶ Loi n°2001-1168 du 11 décembre 2001 portant des mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier, Titre II. Amélioration des relations entre les banques et leur clientèle.

minimale et individuelle de certains de leurs services. Cela accroît la concurrence sur les services en question mais aussi, comme le suggèrent certaines analyses (A-G Vaubourg, 2002), sur les paquets bancaires proposés en parallèle.

Les conditions générales de l'environnement bancaire expliquent largement les transformations en cours. Les TIC présentent des opportunités pour mieux gérer les tensions dans le positionnement des banques généralistes à réseau. Il est cependant important de souligner que tous les interlocuteurs sont conscients que la concurrence ne se joue pas principalement sur l'introduction plus ou moins rapide des outils des TIC. Mais ils savent aussi que tout retard peut avoir une conséquence en termes de part de marché. Toutes les banques adoptent presque simultanément des services similaires. L'avantage concurrentiel est faible mais la course à la concurrence inéluctable. Les changements en cours s'opèrent sous des formes encore peu contrôlées. Ils ont à voir avec les TIC mais n'en sont pas la conséquence directe. L'introduction massive d'outils de traitement de l'information et de communication est utilisée comme un moyen pour la banque d'agir sur certaines de ses caractéristiques et de modifier son rapport à la clientèle. Le centrage sur le client ou la gestion de la relation au client est devenu une préoccupation majeure. Il s'agit d'une orientation dont les conséquences sont importantes pour les banques en termes d'organisation et de redéploiement des moyens et pour les clients en termes de transformation du service.

3.2. Une transformation de la relation au client

La crainte que l'émergence de la banque à distance se fasse au détriment de la banque traditionnelle a conduit les banques généralistes à réseau à mettre en œuvre les fonctionnalités de ce mode de distribution. L'impact de cette stratégie est important puisqu'elle les conduit à mettre tout en œuvre pour une gestion plus personnalisée de la relation à la clientèle et en particulier à multiplier les canaux de distribution et de contact.

Les technologies utilisées ont multiplié les points par lesquels des clients sont en contact avec leur banque. Internet, serveurs vocaux, plates-formes téléphoniques, etc. représentent de nouveaux moyens d'action et de contact avec la banque. Mais elles représentent aussi un danger, celui d'éloigner d'une certaine façon le client de la relation traditionnelle à l'agence bancaire. Le client réalise par lui-même de plus en plus d'opérations bancaires et l'enjeu pour la banque est de lui fournir à cette occasion le service personnalisé qu'il pouvait trouver auprès de son agence. L'agence doit donc se transformer pour apporter non seulement un service de proximité mais aussi un service personnalisé. D'où l'accent mis sur le conseil en agence, et sur le rôle des chargés de clientèle personnelle et professionnelle.

Cette orientation vers un centrage sur le client recouvre plusieurs aspects. Le premier aspect fait référence au *client co-producteur du service*. Les dispositifs mis en place, utilisant les TIC, donnent au client la possibilité d'accomplir sans intermédiaire humain des actes. On peut citer des actes devenus aussi banals que retirer des billets de banque, commander un chéquier, remplir un dossier d'information ou passer un ordre en bourse. Ce sont des actes d'une grande banalité et de peu de valeur ajoutée. Le client est bien ici co-producteur, son action permet de diminuer les coûts pour l'offreur à la réalisation du service. Mais il ne s'agit pas encore de transformations substantielles, même si le client est actif et remonte dans le processus. Il s'agit principalement d'un transfert de charge d'activité sur le client et c'est une tendance généralisée même si elle s'accompagne d'une certaine résistance des clients⁷. D'où la préoccupation des offreurs de pouvoir accompagner ce transfert de charge pour le client par une réelle valeur ajoutée pour lui. Cela passe par un élargissement des actes réalisables, des produits et services accessibles à distance (Cf. Tableau en annexe : L'offre des services bancaires et financiers sur Internet : panorama des sites des banques à réseau et des banques « tout Internet »). La conception sous-jacente qui est partagée par les banques est de profiter de ce transfert pour créer à travers un site Internet et à côté du réseau des agences physiques, un "deuxième réseau", accessible à distance, où des offres de service relevant de personnels spécialistes peuvent être traitées en direct. Et ceci, tout en préservant une relation clientèle globale à l'agence, qui se caractérise par la proximité et une disponibilité renforcée du fait même de la diminution du flux de clients pour des actes banals.

Le deuxième aspect met en avant *le client comme ressource d'information*. Les TIC sont utilisées pour la connaissance des comportements des consommateurs. Le client est ici ressource d'information, c'est-à-dire que ses actes, ses démarches et toutes les occasions de contact avec l'offreur font l'objet d'un enregistrement. Il laisse des traces qui permettront ensuite une analyse.

Dans la banque, l'enregistrement informatique des contacts avec les clients ou des actes qu'il a accomplis peut être mobilisé pour mieux connaître ses comportements. La difficulté essentielle à laquelle sont confrontées les banques est la multiplicité des canaux par lesquels les consommateurs peuvent interagir avec la banque. Le principe de ce "Marketing de collaboration" est d'instaurer une relation d'apprentissage entre le client et l'offreur. La banque doit faire en sorte que son client lui apprenne comment mieux le servir pour ensuite apporter la meilleure réponse à ses besoins. Plus le client est connecté à sa banque, plus celle-ci doit être en mesure d'en tirer les renseignements utiles. Cela doit lui permettre de mettre au point une stratégie de qualification de son portefeuille client (analyse de segmentation des clients et analyse de la valeur de chacun des segments), la mise en oeuvre de réponses cohérentes par segment, la transformation du système d'information pour permettre une relation avec les clients en temps réel et sur tous les supports, le développement

⁷ L'enquête d'Ernst & Young Conseil montre qu'à 77% les consommateurs refusent que des automates se chargent de réaliser les opérations courantes dans les agences, même si à 74%, ils souhaitent que leurs demandes soient effectuées le jour même (*Banque Stratégie*, n° 169, mars 2000)

d'une fonction de datamining. Pour cela, le système d'information de la banque doit évoluer pour faire converger les canaux d'information et les concevoir en complémentarité.

Auparavant le client était déjà une ressource d'information, mais seulement à un temps T, sans que des liens puissent être établis avec d'autres dimensions, sans possibilité de les relier avec le passé de son comportement ou les actes anticipables sur le futur. Cette capitalisation de l'information sur le client porte sur les informations associées à un acte donné mais aussi sur des informations qui ne lui sont pas directement liées. Il en résulte une possibilité de connaissance du comportement du client individualisée, historique et globale. De cette façon, l'offreur commence à pouvoir connaître le système-client⁸. L'efficacité pour la banque provient de la capacité de mobilisation de cette information par et pour les personnels du front office.

Les pratiques des banques en France semblent encore éloignées des possibilités mises en œuvre dans d'autres pays. En particulier, les banques américaines et anglaises cherchent à intégrer à la démarche marketing du CRM (*Client Relationship Management*) les dimensions de rentabilité et de création de valeur pour la banque. Elles développent une analyse des risques par segment et l'intègrent dans la vision de la relation client. Elles peuvent alors mettre en relation et proportionnaliser la valeur du segment de clientèle et le niveau de service qu'elles acceptent de fournir.

Le troisième aspect est la ***prise en considération par le client de sa connaissance de l'offre et de ses alternatives concurrentes***. L'accès à l'information n'est pas à sens unique. Le client est un acteur intelligent et peut se saisir des outils, se les approprier et les utiliser comme un appui à la négociation, à la comparaison, ou encore à la décision.

Les banques constatent effectivement que de plus en plus les clients recherchent de l'information sur les produits, comparent les prix de service entre plusieurs banques. Cela met en difficulté les politiques qui voudraient mettre en avant la spécificité d'une offre d'une enseigne. Le renforcement de la concurrence et l'arrivée de nouveaux entrants comme les sites Internet de comparaison d'offres poussent ainsi à une transparence qui n'existait pas. Encore peu développés en France⁹ mais plus répandus en Grande Bretagne, États-Unis, Hollande et Pays Scandinaves, des sites spécialisés¹⁰ se développent mettant systématiquement en concurrence les offres des banques et donnant la possibilité de négocier en direct avec les meilleures offres. Cette évolution peut avoir des répercussions particulièrement importantes, car elle modifie assez radicalement les asymétries d'information. Du fait d'une meilleure information sur le client, le prêteur détient une meilleure connaissance du client et minimise les risques de sélection adverse (asymétrie d'information *ex*

⁸ Barcet A. et Bonamy J., 1999

⁹ Cf. Tableau en annexe : L'offre des services bancaires et financiers sur Internet : panorama des sites des banques à réseau et des banques « tout Internet »

ante) ; mais, fait plus nouveau et peu analysé jusqu'ici, l'emprunteur, grâce à sa connaissance de la tarification et des qualités des offres qui lui sont présentées détient désormais un pouvoir d'influence sur la décision de la banque¹¹.

La priorité donnée aux processus orientés client refonde la façon d'envisager la structure du système d'information et plus encore les méthodes de traitement de l'information. En plaçant le client au centre, c'est le rôle de l'information qui devient central. Les liens back et front offices deviennent l'enjeu des valeurs ajoutées pour l'offreur comme pour le client.

On assiste, dans la banque, à une recomposition de l'activité qui correspond à un changement de la conception de la logique de l'offre. La recherche de gains d'efficacité dans les activités de back office fait place à une orientation où le commercial de front office l'emporte. L'orientation sur "l'exploitation" est dominante et transforme l'activité des agences de réseau.

D'une part les activités de guichetier diminuent du fait de l'automatisation des actes courants de gestion, désormais transférés sur le client en lien avec des automates ; mais d'autre part, la fonction de chargé de clientèle se transforme et devient en quelque sorte le pivot de la rentabilité recherchée. Devant le risque de volatilité de la clientèle, les banques attendent du chargé de clientèle une prise en charge des clients, non plus en fonction de produits qu'ils devraient placer, mais dans une optique de fidélisation. C'est l'ensemble de ce qui peut apporter de la valeur ajoutée à un client que doit pouvoir maîtriser le chargé de clientèle. L'enjeu est fort en termes de disponibilité humaine, de disponibilité de l'information sur les actes réalisés par un client à travers des points de contact multiples et, au-delà, du travail d'ajustement sur la rentabilité espérée pour la banque. Ce déplacement vers le front office met en jeu des relations à renouveler avec le système d'information et de communication géré et entretenu dans le back office.

Ce qui apparaît dans les cas des banques examinées, c'est la montée de la conception d'une gestion de processus. La coordination de l'information sur le client dans la banque requiert une convergence d'informations, non plus centrée sur le produit et le contrôle du risque produit par produit, mais selon des processus orientés client. Or ces processus restent encore mal définis ou envisagés selon des modalités dont la pratique révèle qu'ils peuvent être partiellement contradictoires avec la réglementation prudentielle ou les codes d'éthique¹². En mettant le client au centre, c'est toute une réorganisation qui tend à se mettre en place. Les processus de type *reengineering* tendent à brouiller les repères traditionnels. On voit se dégager des gains de productivité, des reconfigurations de coûts sans qu'il soit encore possible de bien identifier s'ils ne

¹⁰ Recensement par : Guyot M., 2001

¹¹ Rivaud-Danset D., 1996

¹² Cf. les débats actuels sur l'informatisation dans les banques et sur les aspects juridiques liés au traitement personnalisé de données dans le secteur financier (Le Maire J., 2000)

sont pas à leur tour à l'émergence d'autres coûts ailleurs dans l'organisation ou dans son environnement. Une première conclusion consisterait à dire que les TIC poussent à un nouvel équilibre interne. Ce sont les fonctions, les métiers, les qualifications et les rémunérations qui vont s'en trouver redéfinis progressivement. Des répartitions internes nouvelles devront être trouvées : quel service interne peut investir ou comment décider du partage de l'investissement entre les agences physiques et le réseau virtuel ?

3.3. Transformation du service et banque à distance : analyses de cas

L'analyse des services offerts autour d'un portail Web permet de saisir la complexité du positionnement des banques de détail à réseau. Les tableaux en annexe montrent en effet des niveaux de différenciation limités.

L'analyse de cas porte sur le repérage des services offerts par les banques à réseau et ceux offerts par les banques "virtuelles", c'est-à-dire sans agence physique. Sept banques généralistes à réseau et cinq sites de banques "virtuelles" ont pu être pris en compte. L'analyse s'est faite en distinguant les services reposant sur des communications unidirectionnelles (transmission d'information), sur des communications interactives (canal transactionnel), et ceux dédiés à la gestion de la relation client.

Les services de transmission d'information sont fournis dans tous les cas examinés à partir d'une base d'informations assez semblable. Elle comprend :

- la présentation de la banque, de ses produits et services, de ses outils de banque à distance, et de ses tarifs.
- des informations financières, boursières et économiques.
- les coordonnées de ses différentes agences.
- des liens vers d'autres sites.

Pour les transactions, l'ouverture des sites aux opérations comme l'obtention d'un relevé de compte, le transfert de fonds, la vente de produits et services bancaires et non bancaires, le paiement de factures, l'achat et la vente de titres est plus mesurée. Les banques à réseau ont mis à disposition les fonctionnalités pour les trois types d'opération :

- La consultation de comptes : compte courant, compte d'épargne, compte de titre.
- Cet accès au compte permet de contrôler le solde et l'historique des opérations effectuées.
- Les opérations bancaires : virement, impression de RIB, commande de chéquiers, opposition sur carte bancaire et / ou chéquier...
- Les ordres en bourse : gestion de portefeuille, suivi des cours de la bourse, analyses financières.

Mais certaines fonctions, comme l'ouverture d'un compte ou l'opposition qui auraient pour conséquence de rendre inutile la relation avec les agences semblent encore freinées.

Les fonctionnalités de gestion de la relation au client qui comprend des formulaires de suggestion, des simulateurs, les mails des conseils financiers, le téléchargement des données bancaires vers des tableurs (Excel) ou des logiciels de gestion de comptes (Money, Quicken...) sont plus développés pour les banques virtuelles. La palette des opérations proposées par les sites en ligne des grandes banques apparaît souvent restreinte : peu de messages d'alerte sur le niveau des comptes courants, pas toujours la possibilité d'envoyer un email à son conseiller et/ou son agence, relevés d'opérations limités à 30 jours, rarement la possibilité d'opposition en ligne¹³... Ainsi, la possibilité de prendre un rendez-vous avec un chargé de clientèle n'est offerte que par certaines banques à réseau.

Du point de vue du client, la transformation essentielle porte moins sur la nature des services offerts que sur l'accès à ces services.

Plusieurs canaux de distribution sont à la disposition du client qui bénéficie ainsi d'un choix élargi de moyens d'accès à sa banque. Le relâchement partiel de la contrainte du déplacement à une agence bancaire pour réaliser des opérations banales peut être apprécié par une partie de la clientèle qui privilégie la rapidité et le gain de temps. L'utilisation des différents canaux permet un gain de temps car ils évitent les files d'attente dans les agences. Les clients peuvent désormais effectuer leurs transactions en temps réel sur tous les canaux de la banque. Et ce service via le Net est disponible 7j/7 et 24h/24. Les enquêtes sur l'usage de ces moyens montrent qu'un même client utilise différents canaux pour effectuer différents types de transactions, voire pour un même type de transaction.

Il y a cependant une différence de nature. Le site Web, par les informations qu'il fournit, transforme l'asymétrie d'information au profit du client. La disponibilité de l'information sur les produits permet de comparer aisément les offres concurrentes. Les conséquences sur la volatilité et la multibancarisation des clients font partie des risques encore non évalués par les banques.

Le service de l'agence n'est pas pour autant dépassé. La confiance limitée du consommateur à l'égard de la sécurisation et de la confidentialité des transactions peut trouver une solution technique (37%¹⁴ des clients des banques traditionnelles craignent que la confidentialité des transactions sur le Net ne soit pas respectée). En revanche, la préférence exprimée par 43%¹⁵ des clients pour le contact avec leur chargé de clientèle traduit une attente plus générale de services. Elle ne recouvre pas seulement la distinction entre des tâches banales qui peuvent être traitées par les moyens techniques mis à disposition, et des fonctions de conseil qui demandent une relation

¹³ Alain PETIT JEAN de SECAFI ALPHA-janv 2001

¹⁴ Enquête Qualisteam de novembre 2000

¹⁵ Enquête Qualisteam de novembre 2000

privilégiée avec un chargé de clientèle. Elle manifeste aussi une attente de services que la banque a traditionnellement fourni dans une mission d'intérêt général : ce sont des conseils gratuits portant en particulier sur les textes légaux sur la fiscalité.

Évaluation du point de vue de la banque généraliste à réseau : les atouts de la stratégie "multicanal" sont de l'ordre de l'efficacité et de la personnalisation des services offerts.

Les banques à réseau attendent des dispositifs à distance une économie des coûts d'exploitation. D'une part, le client gère par lui-même les opérations sans valeur ajoutée, d'autre part, les frais d'exploitation des canaux s'appuyant sur la technologie Web sont moins coûteux que les canaux traditionnels.

La personnalisation des offres est rendue possible par un meilleur suivi du client dont on peut connaître les attentes en exploitant les informations sur ses différentes prises de contact avec le système. L'exploitation de l'information est possible par des systèmes d'enregistrement et de traitement (datawarehouse et datamining) qui permettent d'améliorer le niveau d'analyse de l'activité et la connaissance plus précise des clients.

Ces atouts ne peuvent valoir qu'à des conditions d'organisation précises. Ainsi un phénomène de concurrence peut apparaître entre les différents canaux de distribution d'une même banque. La cannibalisation d'un canal par un autre peut engendrer une hausse du coût total de distribution pour un même volume d'affaires. C'est précisément le cas pour l'agence physique à laquelle peuvent se substituer pour une part d'autres canaux et en gonfler les frais. Cette conséquence peut être accentuée par l'impression de banalisation de l'offre bancaire qui ressort du fait que toutes les banques proposent des services identiques à des prix similaires. Mais au-delà il y a aussi un risque d'empilement : superposition et manque de cohérence peuvent nuire à l'élaboration d'une meilleure connaissance du client.

L'enjeu est de développer une complémentarité des canaux de liaison avec la clientèle et de faire ainsi converger l'information de tous ces canaux sur le chargé de clientèle. Mais le traitement intégré de ces informations sur les opérations bancaires d'un client pose en fait des problèmes redoutables. Il faudrait répondre à la fois à la rapidité d'exécution des opérations et ménager des moments de rencontre en face-à-face pour mieux connaître le client et répondre à ses besoins.

Les outils TIC sont aujourd'hui plutôt perçus comme un complément du réseau d'agences. L'avantage commercial de l'offre en ligne est réduit. En effet, la standardisation de l'offre en ligne traduit la difficulté des banques à innover. Internet constitue pour elles un outil de contact et de

distribution et non un produit spécifique. Il n'est pas étonnant de retrouver la même banalisation des produits bancaires dans leur offre en ligne et dans les agences classiques.

3.4. Personnel de contact et gestion des connaissances

La vague actuelle d'informatisation a accentué certains aspects et en a inversé les priorités. Les questions d'adaptation du personnel à ces nouvelles technologies ne sont plus posées dans les mêmes termes.

L'informatisation des travaux de back office afin de diminuer les frais généraux a été réalisée et l'on assiste plutôt à une accentuation de la centralisation des back offices : le traitement est maintenant de type industriel, réalisé en partie en interne et parfois externalisé. Il en est ainsi pour le traitement manuel des chèques qui sont saisis et traités dans de véritables usines fonctionnant 24h/24. S'il reste quelques problèmes d'adaptation pour certains types de qualification, les DRH pensent que la formation peut les résoudre.

Le deuxième mouvement correspond aux nouvelles attentes envers le front office ("l'exploitation" dans le langage bancaire). En diminuant les travaux administratifs (scannérisation des chèques au guichet à présent), l'attente se reporte sur les chargés de clientèle qui se trouvent devant la tâche de rendre plus efficace leur relation au client, tout en devant opérer en direct des saisies d'opération sur écran. Les chargés de clientèle traitent aujourd'hui plus de saisie, mais ils le font directement avec le client donc ceci est plus fiable. La stratégie "multicanal" a aussi une implication nouvelle pour les personnels du commercial traditionnel. Ils sont transférés vers les centres de contact. Leur travail évolue vers des activités à plus forte valeur ajoutée, c'est-à-dire moins de transactionnel qui est effectué pour partie par le client et pour partie par le centre de contact, et plus de conseil et de relationnel avec le client. Dans les centres de contact, le personnel doit traiter des opérations qui demandent une compétence technique nouvelle (maîtrise des nouveaux outils Web de communication) et des compétences commerciales nouvelles. L'attention se reporte sur les fonctions de chargé de clientèle. Il lui est demandé à la fois des qualités commerciales et un traitement administratif des questions du client en direct. La question nouvelle est celle de l'usage efficace des outils TIC par le personnel en contact avec la clientèle. Pour partie, le renouvellement et les nouvelles embauches (en particulier de personnes jeunes et plus diplômées) rendent ce problème moins aigu. Mais la question de fond de la gestion des connaissances dans ce nouvel environnement demeure.

En effet, l'un des obstacles que rencontre la banque dans la gestion de la relation client est moins l'information qui existe, mais son analyse du fait de la multiplicité des points de contact, l'absence

de préparation pour permettre une analyse transversale et pour intégrer les moyens mis en oeuvre pour la gestion de la relation client.

L'information est incomplète. La plupart des clients sont multibancaires, ils sont assez volatils, leurs comportements ne sont pas bien compris, analysés, connus. Même si se maintient un phénomène de confiance rattaché à une personne, qui est supposée “connaître ” le client, les acteurs mentionnent que la connaissance du client et de ses comportements reste difficile. Le chargé de clientèle n'a pas toutes les informations sur ce que fait le client dans la banque, ni sur ce qu'il fait dans d'autres banques. L'interdiction d'appareiller les fichiers (sauf dans les cas précis et mentionnés à la Banque de France sur les interdits bancaires) s'opposent à une connaissance plus complète. La volatilité et l'opportunisme des clients renforce l'asymétrie d'informations sur les comportements et amplifient la rétention volontaire d'informations.

Dès lors, les méthodes de traitement quantitatif sophistiquées de segmentation (revenus, âge, taille de famille) ou de scores apparaissent insuffisantes pour mieux appréhender les comportements. Il semble bien que l'appréciation du risque client est devenue beaucoup plus aléatoire. Il était appréhendé jusque là par des méthodes de calcul qui sont aujourd'hui fortement remises en cause, du fait des “ nouveaux comportements des clients », et de leurs recours aux services des canaux bancaires ou non-bancaires de la concurrence.

Les outils de communication pourraient aider à le résoudre, mais il n'y a pas actuellement d'intégration de ces outils. Les banques semblent encore loin d'avoir mis en oeuvre les redéfinitions des processus qui permettraient une exploitation cohérente des informations sur les clients. Elle supposerait en effet de revoir les articulations entre les niveaux suivants :

- la stratégie de relation client qui passe par l'analyse du portefeuille clientèle, sa segmentation et l'analyse de la valeur ajoutée pour le client et doit pouvoir apporter une réponse cohérente pour chaque segment.
- la gestion des accès au client : gestion, adéquation et mise en cohérence des accès multiples,
- l'intégration des processus client : l'enjeu est ici de transformer le système d'information pour permettre une relation en temps réel. Cela passe non seulement par une base de données centralisatrice mais surtout par le développement de moyens pour rendre disponible l'information pour chaque acteur, particulièrement pour ceux du front office. Les transformations à opérer sont très contraignantes pour des banques qui étaient structurées jusqu'alors sur des fonctions séparées (validation à plusieurs échelons des engagements, analyse de risque, etc.) et des lignes produits : les liens avec la base de données client doivent être revus, la mise en place d'un datawarehouse envisagée, les liens avec les

processus support réexaminés, enfin l'intégration des données doit être réenvisagée suivant une démarche de type ERP.

- le suivi du client qui comprend l'ensemble lié à l'information, la fidélisation, la qualité et la satisfaction.
- les méthodes de capitalisation de la connaissance client : les méthodes de *datamining*, d'historique, etc.

Derrière les remises en cause de la structure du système d'information qui paraissent nécessaires, apparaît bien la question de comment traiter une information qui existe, que l'on peut faire converger et rendre accessible au poste en contact direct du client : comment traiter l'information, quels outils utiliser, comment vérifier l'information, comment l'agréger pour la rendre utile, comment lui donner sens ? On voit se développer un questionnement qui relève du management de l'information et des connaissances sur lesquelles les organisations sont encore bien dépourvues.

Un exemple permet de stigmatiser le niveau de difficultés auquel doivent faire face ces organisations. La ventilation des clients d'une banque selon leur niveau de rentabilité montre que 40 à 50% des clients ne sont pas rentables¹⁶. Cependant, sachant que 80% des coûts bancaires sont des charges fixes, un comportement consistant à favoriser le départ des clients à contribution négative entamerait vite la rentabilité des clients considérés comme les meilleurs, en faisant peser l'ensemble des coûts sur ces seuls comptes. Comment alors amener le chargé de clientèle à proportionner les services offerts à un client en tenant compte de ces données ?

Des exemples semblables laissent supposer que les fonctions d'interface de réseau et particulièrement de réseau de travail collaboratif tendront à se développer. Dans les deux cas examinés, on voit en effet émerger l'importance de cette fonction d'interface, assumée pour le moment par un personnel dont le métier se déplace, sans qu'il soit encore bien reconnu et moins encore défini. Tout un travail reste donc à faire qui remettra en cause les situations acquises pour les réexaminer à l'aune des relations que chacun doit entretenir pour rendre le travail collectif plus efficace.

Par ailleurs, les outils de communication facilitent le développement d'un modèle de gestion de flux en temps réel, qui soulève des problèmes pour les chargés de clientèle : un problème d'attention, car il faut en permanence réagir ; et un problème non pas pour obtenir l'information, mais pour pouvoir la comprendre et réagir en fonction. Le passage de l'information qui arrive sans cesse, en temps réel, à la connaissance qui nécessite un temps d'assimilation, de réaction et de reconstruction d'un nouveau schéma de représentation, suppose transformations et aménagement du travail. Par exemple, la base de données utilisée par le chargé de clientèle pourrait restituer en quelques

¹⁶ Etude de Mercer Management Consulting, citée in *Banque Stratégie*, n° 169, mars 2000

minutes toute l'information sur le client. Mais, pour cela, il faudrait que le chargé de clientèle ait pris régulièrement le temps de saisir l'information sur la base. Or, il n'a pas vraiment le temps, ni d'incitation à le faire.

Intranet joue le rôle d'une bibliothèque d'informations en temps réel. Le chargé de clientèle a du mal à maîtriser toutes les modifications qui ont lieu en même temps (exemple des informations nouvelles qu'il aurait dû consulter en février 2002 : les modifications dues à l'Euro, la loi de finances 2002 et les modifications de la déclaration des revenus, la refonte de la loi sur l'immobilier, les évolutions du marché financier, les assurances, le crédit à la consommation et en plus les modifications du système informatique dans la banque). Dès lors, le chargé de clientèle qui doit gérer de très nombreux produits peut être pris à défaut par un client qui peut avoir accès aux éléments d'information concernant un produit et son environnement fiscal.

On peut donc conclure sur les tensions présentes dans ce métier. Des problèmes de cohérence apparaissent entre des composantes techniques, des composantes informationnelles et la dimension de savoir-être ou d'appréhension psychosociologique. La double exigence d'apprécier le risque et de constituer des rapports de confiance mutuelle conduit à des tensions entre la priorité à donner soit au traitement de l'information, soit à la relation personnalisée au client. Combiner ces deux dimensions paraît difficile actuellement, car les outils ne sont pas au point et la relation personnalisée au client se réduit (canaux divers, mobilité du client).

3.5. Conclusion : enjeux stratégiques et sociaux des transformations en cours

La question du service produit par la banque est récente, son émergence est associée au développement d'un environnement concurrentiel qui a obligé les banques à réenvisager les services fournis à la clientèle. C'est en ce sens que les développements des technologies d'information et de communication ont pu être perçus comme une ouverture de nouvelles possibilités pour une gestion efficace en interne et pour démultiplier les contacts avec les clients, notamment à distance.

Les transformations sont importantes mais paraissent inachevées. D'une part, les avantages en termes de positionnement concurrentiel sont limités puisque les banques développent simultanément les mêmes outils ou nouveaux canaux de communication. D'autre part, l'usage des outils TIC n'ont pas modifié les conditions de gestion du risque, qui constitue le cœur du métier de banquier. Si les outils TIC ont permis d'améliorer le traitement de l'information sur les actes et les contacts des clients avec la banque, ils n'ont pas permis une connaissance plus complète des comportements du client susceptible de réduire les risques encourus par la banque. La volatilité des

clients et le développement des pratiques de multi-bancarisation rendent, en effet, moins précis les instruments d'évaluation des risques qui étaient utilisés jusqu'ici.

Les banques ont engagé des investissements importants¹⁷ qui ont eu pour conséquence l'alourdissement du coefficient de capital technique du secteur, renforçant par là les interrogations sur la rentabilité des banques et notamment de leur système de réseau d'agences. La recherche d'économie d'échelle devient donc plus critique et explique en partie l'industrialisation partielle du back office et les mouvements de concentration des firmes bancaires.

Ainsi, malgré l'accélération de la restructuration du secteur et la rationalisation de l'offre, les questions de rentabilité d'exploitation seront au centre des orientations stratégiques des banques. L'enjeu portera sur la redistribution des gains obtenus en termes de coûts de transaction réduits et d'augmentation de productivité dans le traitement des opérations courantes mais aussi des opérations réalisées en contact avec la clientèle. A l'instar des évolutions dans d'autres contextes¹⁸, deux types d'orientation pourraient voir le jour.

Un premier modèle de production bancaire s'appuie sur la standardisation des produits et services et leur distribution par les systèmes technologiques à distance. La diminution du prix des services et la réduction du nombre des agences pourraient faciliter le report sur les fonctionnalités de la banque à distance.

Un deuxième modèle conduit au recentrage de la production pour des segments précis de clientèle à haut revenu ou à patrimoine élevé. L'accent serait mis sur la qualité des services fournis pour ces niches de marché.

Ces deux orientations conduiraient à une segmentation forte. Les inégalités de traitement entre une clientèle à laquelle les services de qualité seraient destinés et une clientèle de masse qui n'aurait plus accès qu'à des services standardisés auraient des conséquences macro-sociales importantes. Elles reposeraient la question de l'accès aux services et, en particulier, de la nécessité de redéfinir un service bancaire de base ou service universel.

¹⁷ Pour un des cas analysés, il a été mentionné, en plus des coûts des infrastructures, les coûts des logiciels pour le passage à l'Euro (8 changements de logiciel des GAB en 6 mois), et ceux de la maintenance de l'ensemble du système d'information (1800 informaticiens pour un effectif global de 21 000 personnes)

¹⁸ En particulier les évolutions des banques au Royaume-Uni (Marshall, J N, Willis, R, Coombes, M, Raybould S and Richardson R, 2000)

Autres Références Bibliographiques Professionnelles

AGENCES

Court S., 2000, "Réseau d'agences : la stabilité de façade masque des évolutions structurelles", *Point B@nque*, n°1, mars-avril

Enquête d'Ernst&Young Conseil, cité in *Banque Stratégie*, n°169, mars 2000

Enquête Qualisteam de novembre 2000

Étude de Mercer Management Consulting, citée in *Banque Stratégie*, n°169, mars 2000

Galula A., 2000, "L'agence bancaire fait de la résistance", *Point B@nque*, n°1, mars-avril

BANQUES ET PROGICIELS

Galula A., 2000, "SAB veut rester un éditeur de progiciels bancaires", *Point B@nque*, n°1, mars-avril

"Les outils de la relation client", *Banque Stratégie*, n°169, mars 2000

BANQUE A DISTANCE

Bienvenu A., 2000, "Crédit Mutuel de Bretagne : la stratégie multimédia. Le groupe bancaire CMB expérimente de nouvelles technologies de communication pour enrichir l'éventail de canaux d'accès à ses services de banque et d'assurance, et pour élargir son marché d'origine", *Centres d'Appel*, n°13, janvier

Bouchez G., 2000, "Banque à distance : timides débuts des centres d'appel reliés à Internet", *Point B@nque*, n°1, mars-avril

Chelhod G., 2000, "Banque à distance : Barclays Bank teste le « one to one » sur Internet", *Point B@nque*, n°1, mars-avril

Commengue I., 2001, "L'Internet et la banque : quelles conséquences en termes de concurrence et de surveillance prudentielle ?", in Conseil National du Crédit et du Titre, 2001, *Rapport. Exercice 2000*

Jaquèn M., 2000, "Crédit du Nord : canal alternatif. Véritable banque dans la banque, l'activité à distance du groupe emploie 110 personnes entre Paris, Lille et Douai. Sept plateaux pour quatre services complémentaires au réseau d'agences", *Centres d'Appel*, n°13, janvier

La Banque Directe, dossier du *Monde Interactif*, 3 mai 2000

Le Monde.fr, 2001, "Internet n'est plus perçu comme une menace pour la banque traditionnelle", 27 février

Mackintosh J., 2001, "Big Spenders Banking on Route to Net Profit", *Financial Times, FT-IT Review*, February 7, p.IV

Petitjean A., 2000, *Banques et technologies : l'impact des évolutions technologiques sur les métiers bancaires et les stratégies des établissements*, SECAFI - ALPHA, 5 septembre (+ actualisation du document février 2001)

The Economist, 2000, "The Hollow Promise of Internet Banking", *The Economist*, November 11th, p.115-116

SECTEUR MUTUALISTE et COOPÉRATIF

Dalmaz S., 2000, "Le secteur coopératif: l'exemple des banques européennes", *Problèmes économiques*, n°2677, 30 août

DIALOGUE SOCIAL DANS LE SECTEUR BANQUES

Ateliers INT (Session 2000) : ABN-AMRO

CEP des Banques, DGEFP, 1999

Le Boulaire M., Arnoux J. P., 1997, Rapport : *Chapitre 2 : Comprendre les activités de service pour les rendre plus efficaces* et *Chapitre 3 : Les démarches d'amélioration d'efficacité des activités tertiaires*, Entreprise et Personnel

Session INT sur le Dialogue social, 1999, Interventions du Crédit Agricole Centre-Est et cas du Crédit Mutuel de Loire-Atlantique, avril

ANNEXE 1 - LA BANQUE : L'APPROCHE INDUSTRIELLE

Tableau : La banque transforme des inputs en outputs

Approche	Inputs	Outputs	Indicateur	Remarques
Par la production <i>(Beston 1965, Bell & murphy 1967)</i>	Capital physique (immobilisations, matériel informatique, etc.) + Travail	Dépôts Crédits	Nombre de dépôts et de crédits	- Ignore l'activité d'intermédiation - Le nombre des opérations n'est pas un bon indicateur
Par l'intermédiation <i>(Grenbaum 1967, Sealey et Lindley 1977)</i>	Capital physique + Travail + Dépôts	Crédits Placements	Montant des crédits et des placements	- La banque utilise des ressources autres que les dépôts (emprunts) - Les dépôts répondent à un besoin économique, ce sont des outputs
Par l'intégration verticale <i>(Kouki et Renault 1993, Sassenou 1994)</i>	1^{er} cycle : capital + travail 2^{ème} cycle : capital + travail + dépôts et ressources financières	Dépôts et autres ressources financières Crédits et Placements financiers	Montant des opérations	- Prend en compte la spécificité du processus de production de la banque qui se déroule en deux temps

Source : N. BERNOU, GATE, 2001.

ANNEXE 2 :

La Cyberbanque : offres comparées des banques généralistes à réseau et des banques "directes"

Source : Beaubert S., 2001, *"Optimiser Internet dans la politique de distribution d'une banque à réseau"*, Rapport de stage, DESS Innovation et Intelligence économique (2IE), Université Lumière Lyon 2, CNRS

L'essor en France des services bancaires et financiers sur Internet est très dynamique : 86 banques françaises proposaient un site Internet en 1999, et plus de 130 en 2000¹⁹.

Les services rendus - initialement limités à la consultation du solde des comptes et au courtage en ligne²⁰ - s'élargissent progressivement à l'ensemble des transactions bancaires et financières. De son ordinateur, de son portable voire de sa télévision, grâce à la technologie Web, le consommateur peut consulter ses comptes, simuler des offres de prêts, passer des ordres de bourses, etc.

L'interactivité, l'échange d'information rapide, la sécurisation des paiements en ligne offrent de nouvelles perspectives pour de nouveaux entrants, dans l'espace financier français, qu'ils soient producteurs ou seulement distributeurs de produits financiers.

1. Les acteurs en présence sur ce marché bancaire

En dehors des banques à réseaux, il existe d'autres acteurs sur ce marché. Ils sont de plus en plus menaçants, en raison de leur stratégie de bas prix et des nombreux services offerts via leur site.

Ces différents acteurs de la banque en ligne sont (Cf. Schéma infra : "La galaxie Internet") :

- **Les E.Banque** : banques étrangères, distributeurs ou encore assureurs (Banque Directe, Zebank, Banque AGF ...). Ce sont des banques directes dont la distribution s'effectue uniquement par la banque à distance, sans réseau d'agences.
- **Les E.broker** ou courtage en ligne : sociétés indépendantes de bourse ou filiales de banques à réseau (E-trade, Bourse Direct, i-bourse, etc...). Ces nouveaux intermédiaires financiers ont saisi l'opportunité que leur offraient Internet et les nouvelles technologies pour adapter leur métier et offrir aux internautes la possibilité d'intervenir en bourse.

¹⁹ Selon l'Association française des banques / IDC

²⁰ L'Association des courtiers en ligne « Brokers on line » a évalué à près d'1 million le nombre d'ordres de bourse transmis en ligne à la bourse de Paris en novembre 2000 contre 600.000 en décembre 1999.

- **Les portails financiers** à thème ou supermarchés financiers : (Selectaux, Meilleurtaux, Discountis,...). Ce sont des sociétés non financières qui proposent certains services bancaires et financiers par Internet (les sociétés d'assurance, la grande distribution, les fournisseurs d'accès à Internet...). Ces sites se situent en périphérie de l'offre bancaire "traditionnelle". Ils s'imposent davantage en partenaire et prescripteur de la banque plutôt qu'en concurrent.

- ...et bien sûr les **banques à réseau traditionnelles** (Société Générale, Crédit Lyonnais, Crédit Mutuel...) pour lesquelles Internet est un canal de distribution parmi d'autres. Pour répondre à cette évolution du monde bancaire et présenter une image moderne, les banques classiques ont développé, dans un premier temps, des sites Internet purement informatifs, réduits à de simples vitrines commerciales. Puis les sites bancaires français ont évolué vers de véritables sites interactifs voire transactionnels (avec souscription et paiement en ligne).

2. Le contenu des sites bancaires : le type de services offerts

Internet représente une nouvelle donne pour l'offre de services bancaires et financiers, en raison de la nouvelle relation de clientèle qui prévaut sur ce canal de distribution. Un site modifie le rapport que le prestataire entretient avec sa clientèle : les consommateurs peuvent s'informer et décider à distance, tout en bénéficiant d'une plus grande diversité de propositions de services et d'une plus grande concurrence des offres.

Les sites bancaires français ont évolué vers de véritables sites transactionnels où la clientèle de l'établissement peut obtenir des informations sur les produits bancaires proposés, suivre ses comptes, effectuer des opérations liées à la gestion de ceux-ci (virements, commandes de chèques), voire contracter des prêts ou réaliser des opérations d'investissement.

La relation en agence est réduite et le client dispose d'un service convivial et complet de banque à domicile.

Il faut différencier deux types de sites :

- ❖ Certains ne sont, pour le client, que de simples outils d'information et de réalisation d'opérations : ils constituent le prolongement d'une relation établie au préalable en agence (comme les services Audiotel et Minitel plus anciens).

Ces sites ne sont que des services d'accès à distance à l'établissement et sont complémentaires de la relation d'agence déjà établie, même si les services proposés deviennent de plus en plus interactifs.

Ce sont les sites bancaires réalisés par les banques à réseau.

- ❖ D'autres, au contraire, se conçoivent entièrement comme un service en ligne. Ils acceptent que la relation contractuelle initiale (par exemple l'ouverture d'un compte) soit conclue à distance, de même que les opérations de gestion qui suivent.

Ce type de site Web est qualifié de « banque virtuelle » : ces établissements n'ont pas d'implantation physique destinée à l'accueil de la clientèle.

Par conséquent, la création d'une banque virtuelle débouche sur une exploitation moins coûteuse, compte tenu de la diminution des structures commerciales. Cependant, elle doit prévoir un investissement élevé pour l'achat du système d'information (matériel et logiciel), son installation et la recherche de la clientèle.

Il faut distinguer trois fonctions d'usage des services bancaires offerts sur Internet :

➔ **La transmission d'information.**

Cette fonction correspond à une brochure électronique des sites bancaires : rapport financier, moteur de recherche, liens vers d'autres sites, information sur mesure, liste de diffusion...

La banque sur Internet a fortement développé la dimension informationnelle de son site. C'est désormais un véritable gestionnaire d'information, dont la fonction et le critère de performance sont de mieux collecter, traiter et finalement transformer l'information, afin de répondre à la demande des clients.

➔ **Le canal transactionnel**

Ce service correspond aux produits et services offerts : relevé de compte, transfert de fonds, vente de produits et services bancaires et non bancaires, paiement de factures, achat et vente de titres...

Cette fonction transactionnelle s'articule essentiellement autour de 3 opérations :

- ✓ La consultation de comptes : compte courant, compte d'épargne, compte de titre.
Cet accès au compte permet de contrôler le solde et l'historique des opérations effectuées.
- ✓ Les opérations bancaires : virement, impression de RIB, commande de chèques, opposition sur carte bancaire et / ou chéquier...

- ✓ Les ordres en bourse : gestion de portefeuille, suivi des cours de la bourse, les analyses financières.

➔ **L’outil de gestion de la relation client.**

Ces outils peuvent être : des formulaires de suggestion, des simulateurs, les mails, des conseils financiers, le téléchargement des données bancaires vers des tableurs (Excel) ou des logiciels de gestion de comptes (Money, Quicken...).

3. Analyse comparative des services offerts par les différents sites

Une analyse des services offerts par les sites bancaires de deux groupes d'acteurs permet de mieux appréhender le marché de l'e-banking. A partir des informations collectées sur les différents sites, il a été possible de réaliser une grille de comparaison sur les trois niveaux de services bancaires en ligne : la transmission d'information ; le canal transactionnel ; l’outil de gestion de la relation client.

La comparaison a porté sur les deux types d'établissements bancaires :

- les banques à réseau ayant un site Internet :

- ▶ Le Crédit Lyonnais.
- ▶ La Société Générale.
- ▶ La BNP.
- ▶ Le Crédit Agricole.
- ▶ La Poste.
- ▶ La Banque Populaire.

- les banques dites « tout Internet » :

- ▶ Zebank.
- ▶ Ebanking.
- ▶ ING Direct.
- ▶ Banque Directe.
- ▶ Banque AGF.

Globalement, tous les sites visités se ressemblent énormément.

Il n'existe pas de réels facteurs de différenciation, notamment pour la fonction de transmission d'informations.

Plus précisément, ils présentent la même base d'informations :

- ✧ présentation de la banque, de leurs produits et services, leurs outils de banque à distance, leurs tarifs.
- ✧ des informations financières, boursières et économiques.
- ✧ les coordonnées de leurs différentes agences.
- ✧ des liens vers d'autres sites.

La majorité des sites proposent des services communs tels que la consultation des soldes des comptes, la passation d'ordres de bourse ou des simulations financières.

De plus, pour un prix d'abonnement peu élevé (3 à 6 € par mois), la palette des opérations proposées par les sites en ligne des grandes banques apparaît souvent restreinte : peu de messages d'alerte sur le niveau des comptes courants, pas toujours la possibilité d'envoyer un e-mail à son conseiller et/ou son agence, relevés d'opérations limités à 30 jours, rarement la possibilité d'opposition en ligne²¹...

Cette standardisation de l'offre en ligne traduit la difficulté des banques à innover : Internet ne constitue pour elles qu'un instrument et non un produit spécifique. C'est pourquoi la banalisation des produits bancaires des agences classiques se retrouve dans leur offre en ligne.

Schémas et Tableaux des pages suivantes :

Schéma : La Galaxie Internet

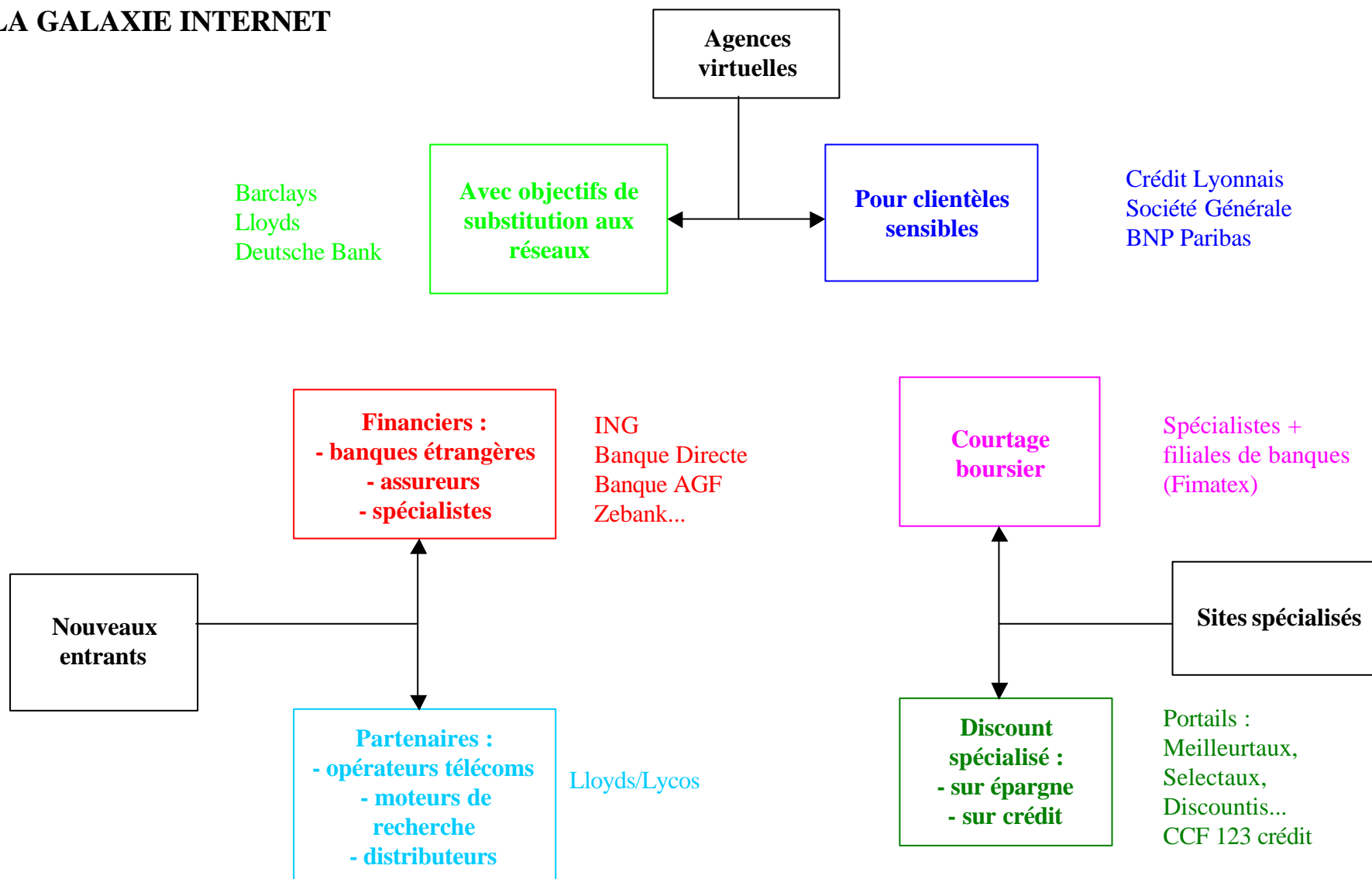
Tableaux : L'offre des services bancaires et financiers sur Internet :
panorama des sites des banques à réseau et des banques « tout Internet » :

1) Les sites des banques à réseau

²¹ Alain Petitjean, SECAFI ALPHA, janv 2001

2) Les sites des banques Internet

LA GALAXIE INTERNET



**TABLEAU - L'offre des services bancaires et financiers sur Internet :
panorama des sites des banques à réseau et des banques « tout Internet »**

1) Les sites des banques à réseau

FONCTION TRANSMISSION D'INFORMATION

	Crédit Lyonnais	Société Générale	BNP	Crédit Agricole	La Poste	Banque Populaire	Crédit Mutuel CMDV
Présentation de la banque	X	X	X	X	X	X	X
Présentation des produits et services offerts	X	X	X	X	X	X	
Présentation des outils de la banque à distance	X	X	X	X	X	X	X
Informations sur l'euro	X	X	X		X	X	
Guide tarifaire des produits et services	Abonnement de 6.9€mois (hors coût d'accès à Internet) avec : <ul style="list-style-type: none"> • 20% de réduction pour les détenteurs d'une carte Visa 1^{er} • 15% de réduction pour les détenteurs d'une formule Zen 	Accès à Internet gratuit, hors coûts de communication	Abonnement de 6.86 €mois	Accès gratuit et illimité, hors coût de communication, sauf pour : <ul style="list-style-type: none"> • l'option famille : 1.50€mois • l'option bourse : 1.50€mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Vidéoposte flash : adhésion gratuite • vidéoposte plus 1 ou 2 accès : 10€(par accès) • vidéoposte micro par trimestre : 15€ 	trois premier mois d'essai gratuit, après impossible de trouver les tarifs	- abonnement à la carte (hors Eurocompte) : <ul style="list-style-type: none"> • moins de 25 ans: 1€mois • plus de 25 ans: 3€mois - abonnement dans Eurocompte : <ul style="list-style-type: none"> • moins de 25 ans : gratuit • plus de 25 ans: 1€mois

<i>suite de la fonction transmission d'information</i>	Crédit Lyonnais	Société Générale	BNP	Crédit Agricole	La Poste	Banque Populaire	Crédit Mutuel CMDV
Rubrique recrutement	X	X	X	X	X	X	X
Informations financières	X	X	X	X	X	X	Réservées aux clients
Informations boursières	X	X	X	X	X	X	Réservées aux clients
Informations économiques	X	X	X	X		X	Réservées aux clients
Coordonnées des agences	X	X	X	X	X	X	X
Liens vers d'autres sites	X	X	X	X	X	X	X
Recherche dans le site (par mots clés)		X	X	X	X		En cours de réalisation
Les PLUS	- informations sur le Web : Webculture - espace presse	- informations sur des entreprises particulières - sponsoring rugby et FAQ - mécénat musical	- information ciblée selon les tranches d'âge - présentation de toutes ses filiales telles que la banque directe, Cetelem, Cortal...et liens avec leurs sites -mécénat : parrainage culturel, scientifique et humanitaire - rubrique : Ad Gallery	- rubrique partenaire actif : cyclisme et football - boutique : achat en ligne et sites utiles (ministère, académie, TV, météo, cinéma...) - sites de votre région	- information ciblée : présente les produits les mieux adaptés au profil de l'internaute après 3 questions - accès à des forums	- dates des manifestations avec la Banque Populaire - sponsoring voile - FAQ et mailing list sur la voile -commerce électronique - sites partenaires de la région	- rubrique shopping en ligne et achat sur Internet - liste des serveurs de recherche sur Internet - informations pour se familiariser avec Internet - espace professionnel

FONCTION CANAL TRANSACTIONNEL

	Crédit Lyonnais	Société Générale	BNP	Crédit Agricole	La Poste	Banque Populaire	Crédit Mutuel CMDV
Consultation comptes (solde, historique...)	X	X	X	X	X	X	X
Virement	Interne et externe	Interne et externe	Interne et externe	Interne et externe	Interne	Interne et externe	Interne et externe
Edition de RIB	X		X	X	RIP	X	X
Commande chéquier	X		X	X		X	
Opposition carte et chéquier	X		X				
Ouverture d'un compte en ligne	Oui, mais sur e.creditlyonnais	X		X			
Passation d'ordre en bourse	X	X	X	X		X	X
Achat-vente de SICAV et FCP	X	X	X	X		X	X
Suivi des cours de la bourse	X	X	X	X		X	X
Les PLUS	- envoi d'un message au destinataire du virement - consultation des plus values financières : avoir fiscal, montant à déclarer - information si un chéquier est arrivé en agence	- virement ponctuel ou différé - recherche d'une écriture particulière - télépaiement des factures	- virement ponctuel ou différé - pour la liste des virements : ajouter un nouveau bénéficiaire, supprimer ou modifier comptes sélectionnés...	- renouvellement automatique pour la commande de chéquier - visualisation des mouvements du compte grâce à des graphiques - recherche d'une opération particulière	- virement ponctuel ou différé : envoi d'un message au destinataire - à venir : effectuer des opérations boursières	- rappel du nom du conseiller de clientèle et de son numéro de téléphone	

FONCTION GESTION DE LA RELATION CLIENT

	Crédit Lyonnais	Société Générale	BNP	Crédit Agricole	La Poste	Banque Populaire	Crédit Mutuel CMDV
Téléchargement	X	X	X	X	X	X	X
Simulation	Epargne et prêt		Emprunt, épargne, performance d'un placement	Prêt et épargne	Epargne et prêt	Prêt, épargne et performance d'un placement	
RDV avec un conseiller en ligne	X			X			
Formulaire de suggestion		X	X			X	X
Personnalisation	X	X	X	X			
Système d'alerte (banque ou bourse)	X	X	X	X	X	X	Sur Cybermut Bourse, réservé aux clients
Assistance technique		X	X	X		X	X
FAQ	X	X	X	X	X	X	
Questions par mail	X	X	X	X	X	X	X
Aide à la décision via des analyses, des graphiques...	X	X	X	X	X	X	Sur Cybermut Bourse, réservé aux clients

<i>suite de la fonction gestion de la relation client</i>	Crédit Lyonnais	Société Générale	BNP	Crédit Agricole	La Poste	Banque Populaire	Crédit Mutuel CMDV
Les PLUS	<ul style="list-style-type: none"> - demande de documentation via un formulaire - demande de souscription à un produit via un formulaire - possibilité de recevoir de l'information régulière sur un sujet quotidien et sur le Crédit Lyonnais - demande de crédit en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> -proposition d'un accès à Internet via VooNoo - consultation d'une messagerie : la banque envoie des mails d'informations au client - demande de documentation via un formulaire en ligne - étude personnalisée pour une assurance par un formulaire 	<ul style="list-style-type: none"> - quelques astuces pour les crédits, l'épargne, les assurances - information quand chéquier arrivé à l'agence - demande de documentation par un formulaire en ligne -possibilité de recevoir des communiqués de presse par mail ou courrier - proposition du pack BNP net : un ordinateur + l'accès à Internet + un service bancaire pour 298F par mois pendant 39 mois : partenariat avec IBM et club Internet 	<ul style="list-style-type: none"> - possibilité de laisser notre numéro de téléphone pour être rappelé par un conseiller - système de messagerie : le client est informé sur le solde de ses comptes, quand il y a alerte ou quand un chéquier est arrivé. 	<ul style="list-style-type: none"> - abonnement par courrier électronique : analyse de marché, dossier du mois, les nouveautés de La Poste 	<ul style="list-style-type: none"> - possibilité de recevoir de la documentation - conseil pour investir en bourse aux débutants - proposition d'un accès à Internet via Guideo 	<ul style="list-style-type: none"> - étude personnalisée pour une assurance auto via un formulaire (finie en mai 2001) - possibilité de se créer une adresse e-mail - suivi en temps réel du détail de sa consommation Internet - installation du convertisseur Euro - demande de souscription à une assurance auto - Cybermut Bourse (conseil, cours en temps réel...) mais cet espace est réservé aux clients détenteurs d'un abonnement.

2) Les sites des banques "Internet"

FONCTION TRANSMISSION D'INFORMATION

	Banque Directe	E-banking	Zebank	Banque AGF	ING Direct
Présentation de la banque	X	X	X	X	X
Présentation des produits et services offerts	X	X	X	X	1 seul produit: épargne orange
Informations sur l'euro	X				
Guide tarifaire des produits et services	X	X	X	X	X
Rubrique recrutement		X	X		X
Informations financières	X	X	X	X	Oui sur ING Ferri
Informations boursières	X	Organisées selon vos centres d'intérêt	X	X	Oui sur ING Ferri (site boursier)
Informations économiques	X	X	X	X	
Liens vers d'autres sites		X	X	X	Avec le site ING Ferri
Recherche dans le site (par mots clés)	X		X		
Les PLUS	<ul style="list-style-type: none"> - informations liées à la consommation, la fiscalité et l'immobilier - FAQ sur les services de Banque Directe - inscription à un mailing-list (liste de diffusion) 	<ul style="list-style-type: none"> - rubrique des nouveautés : la vie du site, les dernières offres - FAQ - analyse de l'entreprise : le bilan, le résultat... - informations sur le WAP - mailing-list - informations sur les stratégies de placements boursiers 	<ul style="list-style-type: none"> - comparaison des offres de produits entre les différents partenaires de Zebank. - guide : consulter des conseils pour s'initier à la bourse - lexique des termes boursiers - fiches explicatives sur le fonctionnement des marchés boursiers 	<ul style="list-style-type: none"> - bientôt : possibilité de recevoir des lettres d'informations - guide et lexique boursier - partenaire avec AOL : permet d'avoir un accès à Internet - e-commerce grâce à son partenariat avec Alapage.com - mailing-list - bientôt : rubrique sur les sites coup de cœur 	<ul style="list-style-type: none"> - informations sur l'actualité d'ING - partenaire de l'équipe de foot de Lille: présentation, historique et résultats - présentation d'un tableau de comparaison entre l'épargne orange et les livrets d'épargne classique et CODEVI, les SICAV monétaires et les livrets bancaires

FONCTION CANAL TRANSACTIONNEL

	Banque Directe	E-banking	Zebank	Banque AGF	ING Direct
Consultation des comptes (solde, détail des opérations)	X	X	X	X	X
Virement (interne/externe)	Interne et externe	Interne et externe	Interne et externe	Interne et externe	
Edition de RIB	X			X	
Commande de chéquier	X	X	X	X	
Opposition carte et chéquier					
Ouverture d'un compte en ligne	X	X	X	X	X
Passation d'ordre en bourse	X	X	X	X	Oui via ING Ferri
Suivi des cours de la bourse	X	X	X	X	Oui ING Ferri
Les PLUS	<ul style="list-style-type: none"> - transmission instantanée des ordres de bourse - informations sur les valeurs boursières en temps réel - renouvellement automatique de chèquiers - envoi gratuit des chèquiers au domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - renouvellement automatique de chèquiers - envoi gratuit des chèquiers au domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - recherche avancée d'une valeur boursière - synthèse quotidienne des marchés dans votre boîte aux lettres électronique 	<ul style="list-style-type: none"> - RIB que l'on peut imprimer, recevoir par mail ou par courrier - bientôt un portefeuille virtuel - recherche avancée d'un produit 	<ul style="list-style-type: none"> - ING Direct veut être une banque secondaire et complémentaire : cet organisme ne veut pas devenir la banque principale de ses clients

FONCTION GESTION DE LA RELATION CLIENT

	Banque Directe	E-banking	Zebank	Banque AGF	ING Direct
Téléchargement	X	X	X	X	ING Ferri
Simulation			X	X	X
Formulaire de Suggestion		X	X		Oui sur ING Ferri
Personnalisation	X	X	X	X	ING Ferri
Système d'alerte	X	X	En cours de réalisation	X	ING Ferri
Aide technique	X	X	X	X	X
FAQ	X	X	X	Sur le groupe et sur le site	X
Question par mail	X	X	X	X	X
Aide à la décision	X	X	X	X	ING Ferri
Les PLUS	- système de parrainage : permet de recevoir des cadeaux - accès à divers outils : quizz Euro, calculette crédit - contact avec des conseillers 24h/24 - consultations des comptes depuis Yahoo!	- page d'accueil des comptes personnalisée - portefeuille virtuel - boîte aux lettres électronique personnelle (message et contact avec E-banking) - accès à des forums - jeu E-banking : gagner un ordinateur portable et son imprimante - proposition d'un pack personnalisé selon ce que l'on souhaite bénéficier (un compte qui rapporte à partir de 100€, une carte bleue à débit différé ...) : celui qui correspond à notre profil est coloré par rapport aux deux autres qui restent sombres (ce qui permet de pouvoir comparer les trois packs)	- bientôt un logiciel d'aide à la gestion du budget - accès à des forums - demande de devis : remplir un seul formulaire et l'envoyer à chacun des partenaires de Zebank pour trouver l'offre la mieux adaptée - rubrique de chat, jeux et animations - souscription en ligne à des produits d'épargne, d'assurance - service client - système de calculatrice - cadeau de 100f pour l'ouverture d'un compte	- bientôt un accès à des forums, chat en direct et dialogue avec un conseiller en ligne - système de parrainage - rubrique jeux/concours - demande de documentation par mail - rubrique événement: pour ouverture d'un compte, un magnum de champagne est offert	- envoi d'un dossier au client après avoir rempli en ligne un formulaire - offre de 200f pour l'ouverture du livret épargne orange - logiciel de gestion de portefeuille sur ING Ferri

DARES : Connaissance et communication, Conditions d'une efficacité de la production de service
RAPPORT FINAL DE LA RECHERCHE

PARTIE III
INTERROGATIONS POUR UN NOUVEAU
MODELE DE SERVICE

Introduction

La production de *service* est un processus en pleine mutation. Nous avons décrit dans la première partie de ce rapport les caractéristiques socio-économiques voire politiques de cette transformation. La relation de service doit être aujourd'hui comprise comme un processus systémique et co-constructif aux frontières difficiles à définir. Les notions d'offre et de demande, de client et d'offreur, de privé et de public, impliquent des inégalités relationnelles et des postures figées, ce qui n'est plus représentatif de la réalité servicielle moderne. Degrés d'accessibilité, de proximité, de réciprocité, de co-production, de co-apprentissage sont des critères de qualification aujourd'hui plus adaptés à la notion de service. Les technologies de l'information et de la communication sont parties prenantes de cette évolution même si les résultats attendus en termes de changement organisationnel ne sont pas à la hauteur des attentes.

Les conséquences de la mutation de la relation de service se manifestent aux niveaux macro et micro social, elles sont nombreuses et difficiles à évaluer. La valeur ajoutée du service est dans ses effets et est donc difficile à modéliser, à contrôler, à stabiliser. Aussi les représentations du service accompli seront-elles forcément différentes, voire divergentes entre l'offreur et le client. La production de service doit donc être appréhendée comme un système complexe et la notion de *service global* intégrant les différentes dimensions de la mutation peut nous aider à rendre compte de cette complexité.

Deux terrains d'observation de la mutation *vers un service global* ont été choisis pour cette étude : l'un dans le secteur bancaire, l'autre dans le secteur santé. La seconde partie de ce rapport a été consacrée à la présentation théorique et méthodologique des deux terrains ainsi qu'aux principaux résultats.

La mise en place du réseau ville-hôpital Clinique du Mâconnais (RVHCM) a constitué un terrain privilégié d'observation de l'innovation, tant au niveau micro que macro social. L'objectif de cette étude de terrain a été de pénétrer au cœur des pratiques innovantes, de vivre avec les acteurs, de partager leurs émotions, d'accompagner leurs inquiétudes. Les choix théoriques et méthodologiques d'inspiration ethnométhodologique et interactionniste (cognition distribuée et action située) ont permis de décrire dans le détail l'activité quotidienne du RVHCM. Les concepts *d'activités d'articulation* et *de structuration* nous ont permis d'affiner l'analyse du travail de *co-configuration* (traduction de *knotworking*) que doivent effectuer au quotidien les acteurs du réseau. Le RVHCM est également soutenu par un système d'information et de communication complexe dont nous avons pu observer l'usage comme devant faire partie intégrante de la production du

service global de soins. Le RVHCM est doté d'un extranet à l'usage des professionnels du réseau hors hôpital. Ce portail (nommé *Portail Premium Patient* : PPP) leur donne accès à une partie des données présentes dans le système d'information interne à l'hôpital, progiciel de gestion intégrant des caractéristiques de *workflow*.

Alors que le système de gestion de l'hôpital est plébiscité, le portail est sous-utilisé. Des contraintes fortement inter-reliées, d'ordre technique, ergonomique, psychosociologique et juridique ont été mises en évidence. Cependant, malgré les faiblesses du système informatisé pour nourrir le lien informationnel et communicationnel entre les acteurs du réseau, nous avons noté que le bon fonctionnement de ce processus innovant repose sur un travail quotidien de coordination opérationnelle de structuration et d'articulation, de nouage de liens relationnels forts, d'enrôlement et de négociation permanente avec les acteurs susceptibles d'intervenir dans le réseau.

Nous avons pu ainsi faire émerger les exigences quotidiennes engendrées par la mutation *vers un service global* et les difficultés liées à la mise en place des principes de co-production, de co-apprentissage, de co-construction et de co-configuration de la relation de service.

L'observation du développement des *cyberbanques* a constitué un deuxième terrain d'observation de la mutation de la production de service associé à l'usage des technologies de l'information et de la communication. Les approches théoriques et méthodologiques d'inspiration économique et psychosociologique ont eu pour objectifs de repérer les différents types de TIC utilisés dans les organismes bancaires, d'analyser l'impact des nouvelles pratiques sur la structure globale des entreprises, et plus généralement d'analyser les mutations en termes de compétences des acteurs (salariés de la banque et clients) et de relations aux clients.

Les premières investigations menées auprès de trois banques (Société Générale, Crédit Agricole et Banque Populaire) ont été complétées par un travail approfondi auprès du Crédit Mutuel Dauphiné-Vivarois (CMDV). La création du concept de *cyberbanque* se justifie dans la continuité de l'évolution d'un secteur bancaire où chaque établissement cherche à rester concurrentiel sur le segment de la banque de détail soumis à une concurrence sévère. Il s'agit également de s'adapter à un client de plus en plus exigeant et infidèle, devenu actif dans la relation de service. Il s'agit de co-construire avec lui une relation d'accompagnement et d'apprentissage dans la gestion de son patrimoine, et une relation de service de conseil sur mesure.

L'analyse de l'utilisation des TIC dans la relation de service bancaire nous a montré qu'elle ne s'accompagnait pas d'une remise à plat de l'organisation, même si nous avons constaté une intensification de l'utilisation des TIC par les salariés. Dans une grande mesure, les outils TIC ne font que se superposer à l'organisation traditionnelle de la banque.

Le processus de mutation du service vers un *service global* est bien en cours, tout en étant loin d'être achevé comme le montrent les nombreuses différences qui apparaissent entre les deux secteurs, bancaire et santé. En particulier, l'intégration des TIC est inégale selon les applications utilisées, les métiers et les secteurs concernés. Il est donc difficile de généraliser sur le rôle des TIC dans ces processus en mutation.

Au-delà de la question de l'usage des TIC dans les organisations, il nous appartient maintenant de nous interroger sur ce qu'implique la mise en place d'un nouveau modèle de service global et sur son évaluation. Nous avons en effet observé dans le secteur santé, la prédominance de la coordination quotidienne comme modèle organisationnel assurant la pérennité du réseau ville-hôpital. Dans cette troisième partie du rapport, nous présentons les caractéristiques et les conséquences socio-économiques de cette prédominance. La fragmentation de l'unité organisationnelle, la reconfiguration des pouvoirs individuels et collectifs, les effets d'apprentissage et la complexification de la répartition des coûts seront les aspects principalement abordés dans le premier chapitre. L'analyse réexamine point par point les objectifs qui conditionnent le bon fonctionnement d'un processus organisationnel centré sur la coordination. Apprendre à gérer la singularité et l'aléatoire pour chaque patient, parvenir à enrôler et motiver des acteurs indépendants et autonomes, savoir instaurer une relation de confiance, capitaliser les connaissances acquises, les modéliser sous forme de règles, de chartes, de procédures, dessinent des objectifs qui constituent les enjeux de la réussite tout en soulevant de nombreuses questions.

Le second chapitre est consacré à l'apparition des nouveaux métiers de service en réseau qui intègrent des compétences essentielles de médiation, de négociation, de traduction, de structuration ou encore de capitalisation. En effet, l'articulation structurante, l'articulation par trajectoire, l'articulation opérationnelle, en tant que mécanismes de base de la coordination, génèrent des savoir-faire spécifiques qui méritent d'être détaillés. Nous reviendrons aussi sur les limites des TIC quant à leur capacité à soutenir des processus de coordination et de coopération. Les contraintes techniques, juridiques, éthiques, ergonomiques et psychosociologiques sont encore nombreuses et l'objectif d'un réseau humain soutenu par un système informatique intégré loin d'être atteint.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous abordons la question délicate de l'évaluation de nouveaux modèles organisationnels intégrant la notion de service global. L'innovation organisationnelle a été plus visible, plus florissante dans le secteur santé par rapport à celui de la banque. Nous abordons donc uniquement les enjeux et les risques socio-politiques et socio-économiques liés au développement des réseaux ville-hôpital ainsi que les problèmes soulevés par leur évaluation.

À ce propos, les critères actuels d'évaluation des systèmes de santé étaient opérationnels dans un contexte donné. Or, ce dernier a évolué et il s'agit de repenser les méthodologies pour les adapter à l'évaluation des réseaux de santé. L'imbrication, l'interpénétration du privé, du public et du domestique complexifie considérablement la question de l'évaluation. Les acteurs individuels et collectifs sont multiples et leurs critères de contrôle, leurs degrés de pouvoir, leurs diverses exigences sont à intégrer dans les grilles d'évaluation. Une méthodologie d'évaluation de type *constructive, pluraliste et multidimensionnelle*, qui intègre ses propres limites sera ainsi proposée. En effet, l'évaluation ne peut plus être pensée uniquement en termes de coûts. Elle doit aussi prendre en compte des paramètres qualitatifs intégrant des critères d'évaluation de la satisfaction du patient, placé au cœur des processus et des mesures d'appréciation des effets à long terme sur les organisations et leurs environnements politique et social.

C H A P I T R E I

COORDINATION : VERS UN NOUVEAU MODELE ORGANISATIONNEL

L'analyse du « réseau ville hôpital clinique » (RVHC) nous conduit à une interrogation forte sur le fonctionnement d'un processus d'offre de service « global », par l'articulation de plusieurs acteurs économiques. Nous pouvons formuler l'hypothèse que ceci correspond à une véritable « innovation organisationnelle de service », cette innovation porte sur l'élaboration d'un nouveau mécanisme de coordination et de coopération, impliquant le bénéficiaire du service dans le processus de coordination.

Cette expérience apparaît porteuse d'un devenir, même si de nombreuses questions non résolues peuvent se poser. Nous commencerons par montrer en quoi l'expérience RVCH est en rupture par rapport aux modèles traditionnels de coordination existants, puis nous montrerons comment le management d'informations singulières peut être la base de ce nouveau modèle de coordination, enfin nous poserons quelques questions sur les difficultés, mais aussi sur le bien-fondé d'une telle évolution.

1. Le réseau Ville-Hôpital : modèle organisationnel en rupture

La littérature sur la définition et le rôle de l'organisation est à la fois très abondante et connue, sans qu'il soit obligé ici d'en refaire la synthèse. Nous retiendrons une définition commune de l'organisation due à Robbins (1987)¹ : « unité économique de coordination, ayant des frontières identifiables et fonctionnant de manière relativement continue en vue d'atteindre un objectif ou un ensemble d'objectifs, partagés par les membres participants ».

L'analyse de l'organisation de l'hôpital a été appréhendée souvent à partir de la notion de bureaucratie professionnelle, concept développé par Mintzberg², où trois caractéristiques centrales sont présentes :

¹ Robbins 1987, *Organization Theory*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall

² Mintzberg H., 1979, *The structuring of Organizations*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall

- une division du travail relativement forte, avec des distinctions hiérarchiques importantes.
- un rôle spécifique des professionnels qui, à partir d'un niveau de savoir élevé et d'une expérience professionnelle, assurent l'essentiel des actes de production. Ces professionnels composent ce que Mintzberg qualifie de centre opérationnel. Cette professionnalité est la base d'une autonomie forte de chaque acteur et du collectif de travail, d'un véritable pouvoir des professionnels pouvant s'opposer au pouvoir de la direction administrative.
- une administration très présente, définissant des procédures souvent précises, voire tatillonnes, imposant une culture de l'écrit.

Cette bureaucratie s'exerce dans des contraintes environnementales, sans doute assez différentes selon les pays et les périodes. Deux questions essentielles imposent des contraintes fortes : la question du financement et des modes de paiement et la question des normes de santé.

Dans le modèle organisationnel dominant de l'hôpital, la coordination est basée sur plusieurs mécanismes relativement prégnants :

- Une unicité de structure : l'hôpital est une identité bien définie, le principe d'appartenance y est clair, on sait ce qui est à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur.
- Le modèle hiérarchique est le principe de coordination dominant dans le cadre de l'hôpital, des aspects de taylorisation y sont présents, bien qu'il y ait une certaine autonomie dans le travail.
- La relation au savoir professionnel règle le mode de fonctionnement des actes à accomplir dans les métiers, une partie essentielle des questions hiérarchiques est en référence aux savoirs scientifiques et professionnels.
- La définition des protocoles assure des modes opérationnels communs et donne une certaine sécurité dans l'accomplissement des actes.

Ces principes organisationnels se doublent du rôle fondamental de l'ordonnance qui définit, dans le domaine des soins, le principe de tarification et de remboursement des actes au malade.

L'ensemble, schématiquement décrit, nous donne donc un modèle organisationnel relativement bien défini, qui permet de donner des places, des responsabilités, des rémunérations aux acteurs du système. Le contrôle est dans ces conditions relativement précis, tout en étant incorporé à la plupart des actes de soin.

L'hôpital apparaît dès lors répondre à un modèle ayant une rationalité forte, une dimension « industrielle », dans le sens où cette construction permet une articulation entre les flux d'actes réalisés (les flux de production) et les flux financiers (rôle de l'ordonnance).

Certes, les dysfonctionnements existent, des conflits de pouvoir peuvent diminuer l'efficacité de l'organisation, toutes les connaissances ne sont pas partagées, néanmoins la « construction » faite

revêt une dimension historique forte qui permet à l'hôpital d'accumuler les multiples résultats de l'apprentissage et de bénéficier des effets de tous les investissements réalisés (investissement formel et informel). En conséquence, l'hôpital d'aujourd'hui comme institution, de même que chaque hôpital local, est une organisation riche de son passé, de son expérience accumulée, de ses mémoires organisationnelles comme des transferts de connaissances et de savoir-faire issus de l'institutionnalisation de la question de la santé publique.

La mise en place du RVHC remet en cause plusieurs de ces mécanismes de fonctionnement de l'organisation.

1.1. L'unicité organisationnelle est rompue

En effet le réseau n'apparaît pas comme une organisation parfaitement identifiée et définie, c'est une organisation « à géométrie variable » où la question d'appartenance ne se pose pas en termes d'en faire partie ou de ne pas en faire partie (du tout ou rien), mais d'abord en termes de degré d'appartenance, se définissant acteur par acteur et pouvant évoluer au fil du temps. Certains acteurs ont un degré d'appartenance très élevé, comme par exemple les infirmières coordonnatrices et leurs assistantes, les autres acteurs seront mobilisés de manière variable, en fonction des besoins des patients, mais aussi en fonction de leur propre disponibilité. Il se pose donc pour chaque acteur la question de son choix personnel d'accepter de participer ou non à une proposition d'intervention qui lui est faite. Les critères de ce choix sont évidemment multiples : le volume d'activité en dehors du réseau, anticipé par chaque acteur, l'intérêt qualitatif ou psychologique de la situation, les contraintes de temps, le niveau de rémunération. Dès lors, il est clair que les objectifs à atteindre sont multiples et différents.

1.2. L'unicité du pouvoir est absente

Le réseau n'est pas basé sur un principe de pouvoir. Il n'y a pas au sein du réseau un pouvoir hiérarchique imposant à tel acteur d'intervenir. L'intervention est libre, l'acteur a simplement accepté l'idée d'une intervention possible de sa part. Le modèle d'intervention volontaire permet donc d'associer le modèle d'intervention libérale (statut du médecin ou de l'infirmière de ville), le modèle marchand et le modèle administratif. La conséquence première de ce fonctionnement donne de l'importance à la négociation et à la capacité de persuasion de l'infirmière coordonnatrice pour mobiliser chaque acteur selon les problèmes présents. On n'est donc pas dans un modèle de subordination salariale, les permanents du réseau n'ont pas la possibilité d'imposer un pouvoir d'autorité à un acteur en relation avec le malade. De même, l'hôpital ou les médecins de l'hôpital n'ont pas un véritable rôle hiérarchique, même si le projet est né à l'hôpital et si cet hôpital investit en temps et en argent pour le fonctionnement du réseau. L'hôpital, et particulièrement le médecin

ou les médecins présents dans le réseau ont une véritable autorité morale, certes non négligeable, mais ce n'est pas pour autant un véritable pouvoir hiérarchique.

1.3 L'unicité financière et le rôle dominant de la sécurité sociale n'existent plus

Le réseau n'est pas non plus basé sur un mécanisme unique de financement. Certes, le mécanisme du financement de la santé reste central, il y a donc des actes réalisés par des acteurs de santé, qui sont rémunérés en fonction des nomenclatures existantes (consultations, soins, délivrance de médicaments ou de matériels), d'autres sont financés par le biais de nouvelles dispositions (allocation dépendance). Mais ceci n'épuise pas le mode de financement du réseau et de ces acteurs.

D'une part, il y a des coûts spécifiques à l'existence du réseau lui-même. Tout d'abord se pose la question du financement de l'équipe de permanents, qui accomplissent des actes ne relevant pas des nomenclatures ouvrant droit au financement par la sécurité sociale, et n'apparaissent pas non plus comme de nouveaux services rendus au patient et pouvant être payés directement par lui³. Ces actes accomplis par les permanents du réseau sont bien des actes nécessaires à l'existence même de la possibilité de soigner le patient à son domicile, mais ils sont perçus comme des actes gratuits du point de vue du patient, comme du point de vue des acteurs de santé mobilisés, et comme des actes « normaux » collectifs, à partir du moment où le système de soins (le ministère de la santé) et le système politique (la ville, les élus) ont estimé qu'il était souhaitable de développer ce type de réseau de maintien à domicile. Ce sont en quelque sorte des « coûts organisationnels⁴ » généraux qui incombent à la collectivité. Toutefois, ces coûts ne font pas l'objet d'une allocation voulue, organisée, systématique. On est plutôt dans le domaine de l'expérimentation, le financement de ces coûts n'est donc pas assuré dans le long terme, le mode de financement est en quelque sorte exceptionnel, laissé à l'initiative de tel ou tel acteur favorable au projet.

Se pose également la question du financement de la coordination entre tous les acteurs, temps de réunion, temps de création et de circulation de l'ensemble des informations et des connaissances nécessaires, temps d'élaboration de pratiques communes et de définition des connaissances partagées. Le financement à l'acte dans un modèle de soins ne prend pas en compte l'ensemble de ces temps nécessaires pour que les investissements de base soient réalisés, pour que les temps de coordination et d'échange existent et que les temps de création et de diffusion des informations et des connaissances nécessaires soient réalisés. Ces temps peuvent être acceptés comme étant des

³ Dans le cadre de l'hôpital, il y a des prestations non sanitaires qui font l'objet d'un paiement direct par le patient ou sa famille (par exemple la location d'un téléviseur).

⁴ Ces coûts organisationnels généraux existent dans de nombreux domaines, par exemple l'organisation d'un réseau routier.

temps gratuits, dans un modèle de type militant ou dans un modèle de type expérimental, mais à terme, pour la pérennité du système, le financement de ces temps se pose de manière explicite.

D'autre part, le réseau implique des actes qui ne relèvent pas du domaine strict de la santé et qui ne peuvent donc pas être pris en charge dans le mode de financement traditionnel. Ces actes sont multiples et présents de manière différente selon les situations concrètes : il s'agit, par exemple, des repas apportés au malade, des prestations d'aides ménagère, des aides psychologiques à la famille, du remplacement des membres de la famille lorsque ceux-ci doivent s'absenter, etc. Ces actes posent des questions de financement, certains sont totalement privés et en conséquence à la charge des familles, d'autres peuvent faire l'objet de prise en charge par des aides sociales. Ces actes non médicaux sont des conditions nécessaires pour l'obtention du service global. La question du financement de ces actes est donc capitale, elle se pose de manière différente selon les situations individuelles. Ces mécanismes de financement complémentaires à ceux de la santé sont aussi un objet du travail de l'équipe permanente du réseau où il s'agit, au cas par cas, de mobiliser les sources potentielles de financement selon les caractéristiques de chaque patient.

La question de l'association de modes de financement différents est de plus importante dans l'optique d'égalité de l'accès aux soins. Ce principe fondateur de la santé publique dans le modèle français de soin peut être remis en cause dans le modèle du réseau évoqué, notamment parce que la capacité contributive individuelle de chaque famille est différente pour financer certains services privés, mais aussi parce que la possibilité d'avoir des droits à des aides sociales annexes est très différente selon chaque cas.

En conséquence, on voit que la question du financement est en rupture par rapport au mode traditionnel du financement des soins. D'un modèle économique basé sur les actes de soins et la définition par un organisme de tutelle du prix de chaque acte et du remboursement de chaque acte, on passe à un modèle de santé et de vie du patient qui implique des modes de financement multiples, associant du financement privé, des aides publiques, des remboursements de soins, des interventions de mutuelles ou/et d'assurances.

Le financement de tous les acteurs du réseau, des investissements matériels et immatériels, de la coordination nécessaire comme condition de l'efficacité est donc à construire, à définir de manière plus précise et surtout à pérenniser. Le mode de financement sera par nature multiple, il y aura donc non unicité du pouvoir financier, confrontation entre des modes de financement divers et questions fondamentales du contrôle de ces modes de financement.

La mise en place des différents modes de financement fait elle-même partie du travail de coordination, dans la mesure où le patient lui-même (sa famille) est souvent incapable de faire ce montage et n'a pas les connaissances nécessaires pour trouver les bons leviers correspondant à sa situation.

La fonction de coordination implique ainsi la réalisation d'une véritable ingénierie financière, correspondant à des compétences nouvelles qui ne sont pas dans la tradition des compétences d'infirmière.

1.4. Les effets de l'apprentissage et de l'investissement antérieur sont faibles

Le réseau ne bénéficie pas des effets d'apprentissage et des investissements qui ont été historiquement réalisés dans le cadre de l'hôpital. Certes, dans le domaine de chaque métier, les apprentissages sont présents. Mais dans le domaine spécifique au réseau et particulièrement dans le domaine relevant de la coordination, les phénomènes d'apprentissage sont en cours et les investissements nécessaires ne sont pas tous réalisés. Ceci est normal dans une expérience en cours de réalisation. Toutefois, il n'y aura pas un simple transfert de l'hôpital, notamment parce que les acteurs présents ne sont pas tous issus de cet hôpital, certains acteurs n'ont pas un métier lié à l'hospitalisation, mais surtout parce que les problèmes rencontrés sont souvent différents et nouveaux. Il y a donc « une construction » nouvelle à réaliser. Cette question de l'apprentissage et des investissements matériels et surtout immatériels à réaliser est fondamentale pour la pérennité et la dynamique futures. La reconnaissance explicite de ce type d'investissements est une des conditions nécessaires au succès. Si cette reconnaissance est acquise pour les acteurs du réseau (notamment du côté de la direction de l'hôpital), la dimension de reconnaissance institutionnelle n'est pas totale, ni certaine.

2. Le Réseau ville hôpital : émergence d'un nouveau modèle de coordination

L'expérience observée ne reproduit donc pas le modèle organisationnel de l'hôpital, l'innovation organisationnelle doit ainsi être analysée dans ses différents aspects, ce qui conduira à montrer à la fois l'importance de la coordination et les mécanismes essentiels de cette coordination.

Tel qu'il nous apparaît, le réseau ville hôpital peut être décrit comme :

2.1 La mise en relation d'acteurs indépendants et autonomes pour réaliser un objectif général.

Le réseau RVHC est donc un processus de mise en cohérence de plusieurs acteurs intervenant dans le cadre de la santé d'un patient, pour lui permettre de rester dans son domicile, tout en bénéficiant de soins et d'interventions adaptés à sa situation personnelle. Le service global obtenu est le résultat de cet ensemble d'actes coordonnés et cohérents entre eux, certains de ces actes pouvant être réalisés par l'entourage du patient ou par lui-même.

2.2 Le réseau est un processus de gestion de la singularité et de l'aléatoire

Le réseau peut être analysé, dans un premier temps, comme un processus d'ingénierie des situations aléatoires et singulières. Il s'agit donc d'un processus de conception où il faut trouver les réponses adéquates aux questions que pose à un moment donné le maintien à domicile d'un patient, en fonction de la singularité très forte de chaque patient. La solution n'est jamais connue à l'avance, même si des solutions potentielles existent. Cette solution sera chaque fois négociée, d'une part avec le patient et sa famille, d'autre part avec les différents intervenants pressentis pour produire l'offre. La solution retenue ne sera pas nécessairement la meilleure, elle sera celle qui est acceptable par les différents partenaires (malade, famille du malade, acteurs de soins, organismes de financement, médecins de l'hôpital...). La recherche de cette solution acceptable est le résultat de tout un ensemble de négociations et d'ajustements. On a donc un mode de coordination par ajustements mutuels, où les objectifs de chacun se confrontent et s'ajustent pour obtenir un processus acceptable pour un temps donné.

Le réseau est en même temps un processus de réajustement permanent en fonction d'un certain nombre d'aléas, qui font que la solution mise en place n'est plus satisfaisante. Les causes de ces aléas sont multiples, l'évolution de la santé du patient ayant une place fondamentale. La construction qui a été faite est donc constamment remise en cause, parfois elle s'avère totalement obsolète et l'investissement préliminaire est alors perdu.

Alors qu'on pouvait dire que l'hôpital était centré sur l'acte de soin, le fonctionnement du réseau est centré sur le patient et la réalisation d'un service global de santé ; certes, les actes de soins sont

présents, mais ce ne sont pas les seuls actes nécessaires et tous les actes doivent être co-configurés, co-organisés et être cohérents les uns avec les autres. La cohérence et la coordination sont donc centrales, c'est ce qui fera l'efficacité du réseau.

2.3 Le vecteur qui organise la coordination peut changer

Si au départ l'ingénierie de la solution est conçue et négociée par la structure des salariés permanents du réseau, ce rôle de coordination peut parfois leur échapper. En effet, le malade (sa famille le plus souvent) peut avoir un rôle actif dans la mobilisation de tel ou tel acteur dans le système. Dans d'autres cas, c'est un intervenant (par exemple une infirmière libérale ou un médecin de ville) qui activera tel ou tel acteur nouveau ou tel ou tel acteur remplaçant ceux qui étaient déjà présents. Autrement dit, le fonctionnement du réseau ne peut pas être analysé comme ayant un centre référent permanent (Cf. la notion de *Knotworking* exposée précédemment), ayant une certaine maîtrise des solutions apportées, ayant au moins une vision globale. Il y a en quelque sorte déplacement de ce centre référent. Ceci évidemment peut donner l'impression que les concepteurs de la solution perdent la maîtrise du devenir et que l'activité du réseau devient de moins en moins identifiable, ou plus exactement que des activités nouvelles apparaissent en dehors du réseau.

Une telle situation peut ainsi devenir problématique, notamment pour justifier de l'utilité du noyau central présent au moment de la conception de la solution. C'est, nous semble-t-il, la caractéristique nécessaire d'un réseau où la co-production (co-production avec des offreurs différents et co-production avec un rôle actif du patient et de sa famille) est centrale.

Dans un tel système, où le soin est un acte important, ceci accentue le problème de la prescription et de l'ordonnance, puisque c'est la base du système de paiement et de remboursement. Dans la mesure où l'activation du réseau échappe au noyau central, de nouveaux actes peuvent être prescrits, posant la question de la cohérence d'ensemble d'un point de vue médical, et de la maîtrise des coûts de la santé d'un point de vue économique.

2.4. Les mécanismes de la coordination

Les mécanismes de la coordination doivent être identifiés de manière claire pour pouvoir mesurer les leviers qui vont améliorer le fonctionnement global.

Le premier mécanisme de coordination est donc l'existence d'une équipe dont le rôle est de concevoir et réaliser explicitement les interventions coordonnées des différents acteurs, de trouver également les formes de financement adéquates.

Le rôle de cette équipe est donc :

- de concevoir la solution adaptée à une personne et situation données ;
- de mobiliser les différents acteurs (rôle d'enrôlement), ce qui permettra d'activer le système ;
- de négocier avec tous les acteurs y compris le patient et son entourage les différents éléments de la solution ;
- de vérifier que le financement des différents acteurs soit présent, d'élaborer avec la famille du malade ou lui-même les solutions possibles, parfois (souvent) de négocier ces solutions financières avec les organismes potentiellement financeurs ;
- d'adapter en permanence la solution aux variations qui se présentent ;
- d'évaluer les processus mis en place ;
- de créer, mobiliser, faire circuler les informations nécessaires.

L'ensemble du rôle de cette équipe s'apparente donc à une fonction de chef de projet.

La coordination se fait grâce au rôle central de l'information et de la connaissance

La production des informations et des connaissances nécessaires, sans cesse renouvelées, est capitale pour la maîtrise de l'ensemble du processus. Ces connaissances et ces informations sont de divers ordres : connaissances mouvantes concernant le patient et connaissances plus stables et formalisées concernant la pratique médicale.

La production de ces connaissances, la diffusion de ces connaissances et leur partage apparaissent donc être des mécanismes essentiels de l'efficacité du réseau. Comme dans de nombreuses situations, cette production et cette diffusion sont l'affaire de tous, mais il est aussi fondamental que l'équipe conceptrice de la solution veille à favoriser ce rôle central des connaissances. Cette question sera développée dans le chapitre suivant.

La coordination implique la réalisation d'investissements qui favoriseront la réalisation des actes singuliers.

La coordination semble d'autant plus efficace que se réalise simultanément « l'articulation structurante ⁵ ». La mise en place de ces règles s'impose donc comme un investissement fondateur qui va permettre aux acteurs de remplir leur rôle, non seulement dans ses dimensions qualitatives singulières, mais surtout dans les relations que les différents actes doivent avoir entre eux et dans les interrelations des acteurs eux-mêmes. Ce type d'investissement que l'on peut qualifier

⁵ M.Grosjean, M. Lacoste 1999 « Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital » PUF. Les auteurs définissent l'articulation structurante comme un ensemble de règles qui ont été construites et qui permettent à l'action de se développer.

d'investissement de forme dans le contexte de la théorie des conventions⁶ a donc un rôle fondamental dans l'efficacité du réseau. Ce type d'investissement n'est ni immédiat, ni naturel dans le fonctionnement du réseau. Dans une organisation traditionnelle, comme l'hôpital, certains de ces investissements de forme se sont historiquement imposés, même s'ils ne sont pas reconnus dans les procédures comptables. L'existence de l'institution, l'ensemble des problèmes qui ont été résolus, l'unicité de pouvoir et de financement ont rendu ce type d'investissement incontournable, il y avait des économies à faire en acceptant d'investir dans la production des mécanismes d'articulation structurant l'ensemble des activités. Dans le cas du réseau, ce type d'investissement n'est ni spontané ni immédiat. La dimension d'autonomie de chacun des acteurs ne conduit pas à l'émergence de cet investissement collectif. L'absence de centralité et d'unicité, la faiblesse et parfois l'absence d'un financement du collectif rendent difficile cet investissement initial, puisque ceci pose la question de l'appropriation des effets bénéfiques et des coûts probables. La production d'externalités positives n'est jamais immédiate, il faut un principe régulateur qui favorise le développement de ce type d'investissements.

La coordination est basée sur l'instauration d'un système de confiance interpersonnelle.

C'est sans doute une banalité, mais l'efficacité du réseau et le mécanisme de coordination fonctionne à partir d'un principe de confiance interpersonnelle. Ce principe implique que la délégation qui est faite à un acteur repose sur l'anticipation que les actes effectués non seulement seront de qualité, mais surtout seront favorables et compatibles avec tous les autres actes réalisés par les autres acteurs. Ceci suppose donc la mise en place d'une confiance réciproque dans le professionnalisme de chacun et dans la volonté d'un travail collectif. Ce principe de confiance a de plus un rôle fondamental dans la sélection des intervenants dans le réseau et dans la négociation pour la constitution d'une solution donnée. En effet, l'enrôlement des acteurs est un processus récurrent, qui doit être réalisé pour chaque patient selon les configurations présentes. L'équipe qui conçoit la solution de départ a donc un rôle de sélection, d'où l'importance de cette confiance réciproque à la fois pour que la sélection ait lieu, pour que la négociation sur le comment puisse aboutir et pour pouvoir anticiper que les actes correspondront exactement à ce qui a été prévu. L'importance de cette confiance est renforcée, pourrait-on dire, dans une telle situation de service, dans la mesure où la réparation des erreurs est souvent impossible et que les cas traités sont souvent très lourds. Cette confiance repose sur des savoirs, sur de l'interconnaissance mais aussi sur des savoirs partagés de différents types et notamment de type professionnel.

⁶ Boltanski, L., Thévenot, L., 1991 « De la justification : les économies de la grandeur » Gallimard

L'efficacité de la coordination suppose non seulement une connaissance de l'environnement du malade, mais aussi un véritable processus d'apprentissage.

La réalisation du « service global » suppose le rôle actif du malade, de son entourage. Les actes accomplis dans cette co-production ne sont pas que des actes ordinaires de la vie quotidienne, ce sont des actes qui ont des incidences fortes sur l'état de santé du patient et qui ont parfois des contenus de technicité importants (actes de soins, actes d'utilisation d'outils techniques, actes de médication, etc.). Dans le cas de l'hôpital, ces actes sont réalisés par du personnel qualifié, disposant de protocoles définis et expérimentés et, de plus, dans un contexte où des conseils et des aides peuvent être mobilisés rapidement si des problèmes apparaissent. Au domicile du patient, ces actes réalisés par l'entourage du patient deviennent très rapidement problématiques. L'apprentissage des acteurs co-producteurs, y compris les malades et leurs familles, devient un processus indispensable, qui non seulement assurera une certaine qualité d'intervention, mais favorisera également les autres interventions des autres acteurs.

2.5. Les effets et les coûts du réseau.

L'expérience du réseau VHC conduit à analyser les effets économiques du réseau et de la coordination. Certaines dimensions seront analysées de manière plus précise dans le chapitre suivant. On peut faire l'hypothèse que le réseau apporte à la fois des coûts nouveaux, mais aussi des économies spécifiques.

Cette question n'est pas totalement vérifiée dans la recherche effectuée. La difficulté de mesure est particulièrement forte, notamment parce que tous les aspects à envisager ne sont pas identifiés comme des actes appartenant au réseau. De plus, il serait nécessaire de mettre en place une observation fine de tout ce qui se passe autour du malade et de son entourage, pour pouvoir identifier tous les coûts et tous les avantages⁷. Enfin, les coûts et les avantages ne sont pas tous monétaires. Notamment, la notion de prévention et d'anticipation est dans ce domaine essentielle, certains actes de coordination ou d'intervention peuvent avoir comme conséquence de moindres coûts futurs, il est dès lors plus facile de mesurer les actes faits et leurs coûts que de mesurer les avantages ou les non coûts futurs.

⁷ Une observation de type ethnologique serait nécessaire en effectuant un suivi de malades, de manière analogue à l'observation fine des soins et des actes.

2.5.1. Les coûts du réseau

La mise en place du réseau fait apparaître les coûts de fonctionnement du réseau :

- certains coûts sont explicites :
 - o les coûts liés à l'équipe de coordination,
 - o ceux qui sont nécessaires aux investissements, notamment en TIC
 - o ceux liés à l'installation de matériel et d'outils chez les malades
- d'autres sont plus difficiles à identifier :
 - o l'ensemble des coûts et du temps passé par les intervenants non salariés du réseau pour permettre la création et la transmission de connaissances et d'informations
 - o l'ensemble des coûts liés aux réunions, aux rencontres, pour permettre le fonctionnement du réseau
 - o l'ensemble des coûts liés à la formation, à la création de procédures communes, à la définition des règles nécessaires
- d'autres ne sont pas identifiés :
 - o l'ensemble des coûts supportés par le malade et son entourage, aussi bien dans les actes à réaliser que dans les temps de circulation des informations et des connaissances.

A première vue, l'existence du réseau fait émerger des coûts, la question qui se pose est alors celle des économies apportées par le réseau.

2.5.2. Les économies du réseau

Le Réseau Ville-Hôpital nous semble porteur d'un certain nombre d'économies, si du moins on pouvait faire une comparaison avec une solution de type « industriel » qui intégrerait l'ensemble des actes nécessaires pour obtenir un service de niveau équivalent.

Les économies présentes ne sont pas tellement dans des économies d'échelle, du moins telles qu'elles sont souvent présentes dans l'industrie. Elles nous semblent avoir d'autres dimensions, on peut évoquer :

- des économies dans le coût total de la coordination. Cette affirmation peut apparaître paradoxale, car dans la présentation de l'expérience, nous avons souvent mis l'accent sur la nécessité d'intégrer, de prendre en compte les coûts de la coordination. On peut dire que, dans une très large mesure, les coûts de coordination dans le cadre de l'hôpital sont des coûts cachés, non identifiés, et que la mise en place du réseau les révèle. Une des particularités de l'expérience analysée correspond bien à la montée en activité d'une équipe de coordination ayant des moyens à sa disposition. Mais en même temps si on relativise les coûts explicites de coordination existant dans le réseau, ils semblent au total relativement

faibles.⁸ Il ne faut pas oublier que dans les organisations très formalisées, hiérarchisées, les coûts de coordination sont souvent très élevés, toute une partie du travail hiérarchique est à mettre dans cette perspective, toute une partie de la production d'information et de la circulation de l'information fait aussi partie de ces coûts de coordination⁹. Le modèle organisationnel, présent dans le réseau, nécessite à la fois la prise en compte explicite de coûts organisationnels positifs, mais aussi une sorte « d'intériorisation » par chaque acteur intervenant de certains aspects de la coordination. Chaque acteur est dans une assez large mesure contraint de sortir de sa vision et de sa démarche purement individuelle, pour intégrer le fait qu'il travaille en relation avec d'autres et que ses actes doivent se combiner aux actes des autres. Autrement dit, le réseau implique que le travail (qui reste souvent individuel) a une dimension coopérative forte. Le coût explicite de la coordination que le réseau a en quelque sorte révélé se double d'un coût non explicite de coordination que chaque acteur (y compris le patient et/ou son entourage) prend à sa charge. Globalement, le réseau est source de coûts de coordination explicites, qui posent des problèmes de financement, mais l'ensemble des coûts de la coordination présents dans le réseau peut apparaître plus faible que ceux qui existent dans le cas de la situation traditionnelle de l'hôpital.

- Des économies de « connaissances » et d'informations partagées : il ne s'agit pas ici de connaissances et d'informations qui portent directement sur les métiers et les techniques utilisées, mais beaucoup plus de connaissances qui portent sur l'environnement du travail, sur l'état du malade, de sa famille, sur l'évolution de ces situations, sur ce qu'ont fait les autres acteurs. Tout ceci a une incidence forte sur l'intervention individuelle, c'est une des conditions nécessaires de l'efficacité et de la qualité de l'information. Sans le réseau, d'une part le professionnel mettrait beaucoup de temps à récupérer ces informations et ces connaissances, d'autre part elles seraient souvent absentes et c'est du coup la qualité du service rendu qui serait en cause, ce serait éventuellement des actes inutiles, ou des actes mal adaptés. Le réseau est capable de faciliter la production et la circulation de ces connaissances¹⁰. La raison fondamentale est évidente, dans certains cas l'efficacité d'une intervention individuelle dépend de ce qui se passe en amont et en aval, le réseau permet

⁸ Cette dimension a été difficile à évaluer, le temps et l'absence d'outils de comptabilisation ne rendent pas facile ce travail. On pourrait par exemple, faire la somme des rémunérations des actes réalisés en faveur du malade dans son environnement, faire la sommation de tous ces actes pendant une période donnée et mettre en relation le coût total explicite du budget de l'association qui gère la coordination. Le ratio auquel on devrait arriver est sans doute assez faible (on peut risquer une évaluation grossière inférieure à 5 %). Evidemment cette estimation serait à vérifier.

⁹ On peut rappeler que la théorie des coûts de transaction de Williamson postule que le passage par le marché a comme avantage d'économiser ces coûts de coordination. Le développement de l'externalisation dans les entreprises modernes montre dans une certaine mesure que la coordination interne est coûteuse, même si par ailleurs elle offre d'autres avantages.

cette dynamique nouvelle d'intégration d'un acte singulier dans un ensemble qui le dépasse et lui donne son sens.

- Des économies qui peuvent être liées à des processus d'apprentissage aux métiers eux-mêmes, le réseau peut permettre le développement de nouvelles pratiques, de nouveaux protocoles dans le cadre des métiers de la santé, de l'expérimentation de nouveaux outils et donc l'émergence de savoir-faire nouveaux.

D'une manière générale, la mise en réseau d'acteurs indépendants et d'actes singuliers conduit à des avantages spécifiques, qui tiennent à l'intégration d'activités qui dans le contexte d'ensemble prennent une nouvelle dimension.

2.6. Conclusion

On peut donc conclure que, dans l'expérience analysée, le fonctionnement du réseau comme forme organisationnelle nouvelle met en évidence l'importance de la coordination :

- il s'agit de mettre en place une coordination explicite, formalisée, réalisée par des acteurs spécialisés qui articulent et contribuent à la définition d'une solution singulière, adaptée à une situation donnée.
- cette coordination passe par tout un ensemble d'ajustements mutuels, où il ne s'agit pas d'imposer une solution, mais de construire une solution acceptable par l'ensemble des acteurs, y compris pour le patient, chacun conservant de forts degrés d'autonomie.
- cette coordination suppose la création et la diffusion de multiples connaissances de formes différentes.
- cette coordination ne peut fonctionner que dans l'instauration d'un système de confiance interpersonnelle, impliquant à la fois un processus de sélection, un processus de « qualification » des actes et d'anticipation des actes futurs.
- cette coordination suppose l'intégration directe et active de l'entourage du malade pour assurer une véritable co-production.
- cette coordination a un coût à prendre en compte, mais permet également des avantages et des économies.

Ce mode de régulation nous semble « original », peut-être même originel, dans le sens de fondateur d'un modèle organisationnel nouveau, il reste à s'interroger sur quelques questions qui émergent de l'expérience.

¹⁰ Nous avons dit plus haut, que ces questions étaient à développer dans le RVHC, et que c'était une condition de sa pérennité.

3. Interrogations et questions posées

L'expérience examinée est en cours de réalisation, des évolutions apparaissent régulièrement comme autant d'ajustements à des questions qui se posent. Des observations faites émergent des questions importantes que nous aborderons à partir des questions de l'efficacité du réseau et des conditions de pérennité.

3.1. La question du pouvoir

Dans une organisation traditionnelle comme peut l'être l'hôpital, la question du pouvoir est à la fois centrale, tout en étant relativement circonscrite. Les différents types de pouvoir sont identifiés, il y a des instances de régulation et des instances de prise de décision en dernier ressort. Dans le cadre du réseau, cette question du pouvoir apparaît beaucoup plus dissoute. Certes, il y a une instance de direction « le conseil d'administration de l'association et son président », mais cette instance a plus une vocation de conception et d'incitation, qu'une vocation d'autorité. On a déjà souligné qu'il n'y avait pas de véritable subordination (en dehors de l'équipe de salariés permanents, embauchés par l'association), le réseau n'est pas l'association, il a une surface variable beaucoup plus large.

Le mode de régulation est donc beaucoup plus un mode de régulation par ajustement mutuel. Or, une des caractéristiques de ce mode est le temps nécessaire à la négociation, à la circulation des informations.

Une des conditions de la pérennité du réseau nous semble donc passer par le développement de temps d'ajustement, dans un modèle où la pénurie du temps est souvent déjà sévère. Les outils d'information et de communication devraient avoir un rôle important pour favoriser la circulation de l'information, la confrontation des points de vue et la négociation d'ajustements utiles pour tous. Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur leur rôle dans cette perspective.

3.2. La question de la tutelle

Le modèle traditionnel de l'hôpital est soumis à un contrôle de la tutelle (administrative, financière, normative). Cette tutelle n'empêche pas l'innovation, mais elle canalise cette innovation et l'oriente pour qu'elle puisse résoudre les problèmes qui se posent à un moment donné. L'expérience en cours est, au moins dans son origine, fortement liée à cette question des politiques de soins, plus particulièrement à la question de l'occupation des lits au sein de l'hôpital et de la rotation des patients. Les fonctions de l'hôpital sont toujours multiples, une de ses fonctions essentielles est celle des interventions sur des malades. Les maladies de longue durée posent de ce point de vue des problèmes liés à l'immobilisation des lits au détriment de nouveaux malades. Face à la relative pénurie des structures d'accueil post opératoires, le maintien à domicile devient alors une

alternative pour libérer des lits, maintenir un état de soins satisfaisant pour les malades de longue durée et éviter les coûts d'investissement immobiliers et techniques qui pourraient s'avérer nécessaires. La politique du maintien à domicile des malades de longue durée est donc un substitut à d'autres formes possibles d'investissement. Il y a ainsi un gain en termes de rotation dans l'occupation des lits, un gain en termes de non réalisation d'investissements immobiliers et techniques, l'ensemble de ces gains participent à l'évidence au contrôle de la croissance des dépenses de santé (parfois même à une diminution des dépenses de santé). La mise en place du réseau peut donc apparaître comme une politique souhaitable pour les autorités de tutelle. Il y a de nouvelles dépenses qui apparaissent dans la mise en place du réseau (investissement), dans le fonctionnement du réseau (équipe de permanents, financement de certains actes de coordination), mais il y a surtout des gains importants si on introduit les investissements immobiliers et techniques qui seraient nécessaires pour créer et développer les centres d'accueil des malades dans des phases post-chirurgicales. Une telle problématique peut donc apparaître tout à fait cohérente dans le cadre de la politique générale de contrôle de l'évolution des dépenses de santé.

Ce que semble nous montrer l'expérience analysée, c'est le fait que la création du réseau ne peut pas uniquement s'enfermer dans une telle problématique, mais que d'autres objectifs, d'autres finalités, d'autres logiques sont à l'œuvre et que ces aspects posent aussi des problèmes de politiques, des questions de tutelle et des questions de démocratie. Le maintien à domicile de personnes malades atteintes de maladies graves souvent durables est un acte qui concerne à la fois des acteurs économiques qui ne sont pas dans le domaine des soins (associations diverses), qui relèvent d'autres types de politique et d'autres tutelles, des acteurs politiques, notamment dans la politique de la ville, et les bénéficiaires du soin eux-mêmes qui en sont les co-producteurs.

Dans un tel contexte, la tutelle ne peut pas être unique, de même que le financement n'est plus unique. Une telle situation nous semble poser la question d'une régulation de niveau supérieur, qui implique des jeux d'ajustement, de consensus entre des tutelles différentes et des acteurs dont les finalités ne sont pas les mêmes. La pérennité et l'efficacité du réseau nous semble passer par la reconnaissance et la mise en place de ces lieux de régulation de niveau plus élevé.

3.3. La question de l'incitation

Le rôle d'une organisation conduit également à apporter une réponse à la question de l'incitation pour les membres à réaliser l'objectif de la structure, sachant que cette incitation doit s'inscrire dans la durée. Actuellement, nous l'avons vu, une grande partie du travail investi est bénévole. Une des questions récurrentes des innovations tient au maintien de la motivation et d'une mobilisation durable, une fois la période de démarrage et d'expérimentation achevée.

Cette question de l'incitation à participer au réseau est double, elle concerne d'une part le patient et sa famille, d'autre part les acteurs producteurs des différents services.

Pour le patient et sa famille, la situation peut d'abord être contraignante, dans le sens où il n'y a pas un choix positif d'entrer dans le réseau, mais celui-ci apparaît comme une contrainte, en raison de l'absence de solutions alternatives. Le placement dans le réseau conduit de plus à des contraintes qui peuvent apparaître lourdes, notamment pour l'entourage du patient (temps disponible nécessaire, coûts financiers nouveaux, contraintes psychologiques). La condition de pérennité du réseau peut apparaître comme l'obligation de fonder une certaine réputation et une confiance. Cette question peut impliquer :

- une identification plus forte du réseau, une transparence plus grande (par exemple logo sur tous les documents permettant d'identifier que les actes se font dans le cadre du réseau)
- une politique de qualité des interventions et des soins, l'objectif étant que le niveau de qualité des soins soit au moins égal à la qualité de l'hôpital
- une politique délibérée de travail sur la relation de service, comme étant une relation interpersonnelle
- une politique d'aide à la famille, à toutes les personnes entourant le patient
- une politique d'informations et de connaissances sur tout un ensemble de mécanismes qui peuvent aider les familles.

Autrement dit, le passage par l'intermédiation du réseau doit pouvoir apporter une aide réelle à la famille et une garantie de maintien et de qualité du service.

L'enjeu d'une telle approche est de faire en sorte que le placement en réseau puisse être un choix positif du patient comme de son entourage.

La question de l'incitation concerne également l'ensemble des acteurs intervenant dans le cadre du réseau de manière à ce qu'ils aient intérêt non seulement à faire des actes, mais surtout à investir dans toutes les dimensions collectives nécessaires à l'efficacité et à la pérennité. Il y a bien entendu une incitation financière, dans la mesure où elle permet à ces acteurs d'avoir une rémunération pour les actes accomplis. Mais ceci n'est pas suffisant, au moins pour deux raisons :

- lorsque la demande est faible, ou mal organisée, le réseau peut apparaître comme un vecteur de demande supplémentaire, et donc il y a par là une incitation directe à faire partie du réseau. Par contre, lorsqu'il y a plutôt une pénurie d'offre (on a déjà évoqué ceci à propos des infirmières), l'effet d'aubaine du réseau n'existe plus. Il faut alors d'autres incitations positives.

- le fonctionnement dans le cadre du réseau implique des coûts et des temps supplémentaires, non parfaitement identifiés, mais qui peuvent être perçus comme un handicap.

Il est donc nécessaire qu'il y ait en contrepartie des avantages qui permettent de faire accepter ces contraintes.

Les pistes de réflexion peuvent être nombreuses sur ce thème :

- identification d'actes nouveaux (actes de coordination) trouvant place dans les nomenclatures et pouvant être en tant que tel rémunérés
- enrichissement collectif notamment par le biais de la formation, de la circulation de l'information et du transfert de connaissances
- innovation dans certaines pratiques, permettant de simplifier le travail
- investissement de moyens partagés à plusieurs.

Ces pistes n'épuisent sans doute pas le sujet, l'enjeu est clairement identifié, il est nécessaire que si des coûts monétaires et non monétaires apparaissent, il y ait également des avantages monétaires et non monétaires.

3.4. La question de la cohérence interne

L'histoire économique nous a montré qu'il était possible de produire dans des modèles organisationnels sensiblement différents (modèle artisanal, modèle industriel, modèle bureaucratique avec des formes évolutives et différentes internes à chaque modèle). Un des enjeux de la période actuelle est bien l'émergence de nouveaux modèles de production. Si dans le domaine des activités marchandes, un nouveau modèle en réseau renouvelle la production industrielle¹¹, l'expérience analysée peut s'apparenter à la recherche d'un nouveau modèle de production de service dans le domaine de la santé. Un des éléments fondateurs de chaque nouveau modèle concerne son principe de cohérence interne qui définit la forme prise par le pilotage de l'organisation et la mise en cohérence de différents actes. Par exemple, les principes définis dans le taylorisme sont à la fois principe fondateur, impliquant une certaine idéologie et une certaine vision de l'homme, principe des formes concrètes de l'activité réalisées par chaque homme au travail, principe de rationalité dans la forme prise par la coopération des hommes entre eux et dans le mode de pilotage.

Dans l'expérience observée, la cohérence du modèle pose encore des questions et les solutions sont en cours d'élaboration.

La première question nous semble porter sur la capitalisation des effets d'apprentissage. Nous avons souligné plus haut la singularité de chaque situation, qui implique chaque fois une solution nouvelle ; néanmoins, il est nécessaire de tirer des leçons du traitement de cette singularité et des expériences réussies pour l'élaboration de nouvelles solutions. Les méthodologies de management de la connaissance peuvent ici être utiles.

¹¹ On peut faire référence notamment à P.Veltz « Le nouveau monde industriel », Gallimard 2000.

La seconde question concerne la définition des engagements pris par les acteurs. Nous avons rappelé dans la première partie que le service était du domaine de la créance et donc de la définition des engagements réciproques. Ces engagements ne sont pas totalement explicites. Pour le personnel de santé, les engagements sont définis dans le cadre des actes de soins, pour les autres acteurs dans le contrat passé avec la coordination. Mais ceci n'apparaît pas suffisant, car les engagements à prendre portent, non seulement sur les aspects de soins, mais aussi sur une participation effective à la production collective. Surtout, l'engagement ne peut être cantonné à une intervention ponctuelle, mais il doit aussi concerner les interventions possibles futures, tout en permettant à chacun de conserver une autonomie pour pouvoir réaliser des activités en dehors du réseau. En effet, si le réseau doit devenir une nouvelle forme organisationnelle durable, son efficacité passe par la fidélisation des acteurs, de manière à permettre à chaque acteur de développer son savoir-faire, de le transmettre à tout le réseau et à tous les membres, et de recevoir du réseau et des autres tous les éléments de ce qui enrichira ses propres interventions. Le paradoxe d'un tel réseau, c'est d'avoir des intervenants réguliers, impliqués dans ce réseau, tout en laissant une autonomie de choix à ses acteurs. La question des engagements est aussi à penser du point de vue de la cellule permanente et donc du réseau pour définir les engagements vis-à-vis des intervenants qu'il va mobiliser. La question des incitations évoquée plus haut est importante.

La combinatoire des deux aspects (capitalisation des expériences et des connaissances, définition des engagements réciproques) semble pouvoir être la condition d'une certaine stabilité qui permettra de développer une efficacité du réseau. La cohérence des actes et des interventions sera rendue plus facile, le pilotage du réseau en sera amélioré.

3.5. La question du contrôle

Le réseau est, nous l'avons dit plus haut, un lieu où se gère à la fois de l'autonomie, de l'aléatoire et de la complexité. Cela ne veut pas dire que c'est un territoire où tout est possible, imprévisible et toléré, bien que la forme du contrôle ne puisse être la même que ce qui se passe traditionnellement à l'hôpital. Cette question du contrôle ne nous semble pas devoir être traitée de manière indépendante, mais intégrée directement à la question de l'évaluation.

4. Conclusion

L'analyse de l'expérience en cours nous montre qu'un nouveau modèle organisationnel se cherche, celui-ci est parti des expériences antérieures, mais la construction même du réseau a conduit en quelque sorte à un dépassement de ce qui était à l'œuvre au départ. Les modes de fonctionnement concret ne sont pas totalement stabilisés, les règles de fonctionnement se créent au fur et à mesure que des questions apparaissent. Les ajustements sont à faire, c'est en partie l'objet d'une méthodologie d'évaluation constructive.

CHAPITRE II

CONNAISSANCES, TIC ET NOUVEAUX METIERS DANS LE SERVICE EN RESEAU

Partage de connaissances, de représentations, de référentiels communs sont des mécanismes essentiels de la coordination en réseau, nous l'avons largement vu. Ceci représente à la fois un investissement pour le réseau, mais aussi une condition de son fonctionnement quotidien. Articuler des perspectives multiples selon l'expression de Schütz (1981) est au soubassement de l'action. Ce qui est déjà vrai pour des personnes qui travaillent dans la même entreprise est encore plus évident dans le réseau où il n'y a pas d'homogénéité *a priori* du groupe, de savoir égal. Chacun des professionnels est dans un contexte spécifique, les savoirs, l'activité, les intérêts et buts de l'activité sont différents. Les théories sociologiques de la convention et de la "régulation conjointe" ont souligné que c'est par la concertation, la négociation et le compromis (Thévenot, 1990 ; Dodier, 1993) et grâce à la production de règles effectives, que les opérateurs humains s'organisent et se construisent comme groupe capable d'action collective (Terssac, 1992).

La communication et notamment les échanges et les confrontations (Schmidt, 1994) jouent de ce fait un rôle essentiel dans l'articulation de ces perspectives et la création de nouvelles connaissances. Cette production de connaissances en réseau, tout autant que la mise en œuvre d'une communication adaptée dont les TIC sont une dimension aujourd'hui incontournable, nécessitent de nouvelles compétences, de nouveaux métiers, de nouveaux dispositifs, ce qui ne saurait se réduire à l'incantation de la solution par les nouvelles technologies.

Ces dernières en effet ne sont pas simplement des moyens d'augmenter les performances du système et notamment le stockage et la mémorisation. Elles ont des effets - sur la nature des tâches à accomplir pour les individus, et sur le nombre de tâches requises par l'activité : " les artefacts peuvent distribuer les actions dans le temps (pré computation), les actions entre les personnes (cognition distribuée) et celles requises par ceux qui accomplissent l'activité " (Norman 1993, p.24). Les relations entre outils et connaissances sont récursives : les technologies intellectuelles, comme l'avait montré Goody (1977) à propos de l'écriture, ont d'importants effets sur les contenus transmis. De ce fait les réflexions sur les communications, les connaissances, les métiers et les compétences sont étroitement liées.

On ne peut, de plus, séparer cette réflexion des conditions d'usage et des dispositifs et modalités par lesquels peuvent se constituer, se capitaliser et se diffuser les connaissances. Comme l'ont noté

plusieurs auteurs récemment (Garnham, 2000) et notamment Rowe (1997) critiquant la notion de transparence de l'information et de temps réel ; la production de l'information ne se limite pas à un problème de codage et d'information : elle pose en amont le problème de sa formalisation, de sa mise à jour et de la réactivité à la modification, du contrôle de sa fiabilité, en aval celui de sa valeur d'usage, sa pertinence par rapport à la situation, de son accessibilité pour les usagers (temps, facilité, indexation), des capacités d'utilisation par rapport au reste du traitement d'information nécessaire (surcharge informationnelle). Enfin on ne peut réduire la communication aux TIC : les TIC s'articulent avec les réseaux humains existants, les systèmes de communication plus classiques (l'écrit, les interactions de face-à-face et au téléphone) (Grosjean et Lacoste, 1998). En dernier lieu, les TIC par le pouvoir qu'elles génèrent (règles d'accès, contrôle de l'information, investissement lourds, défense des territoires informationnels), reconfigurent les relations entre les acteurs et les professions (Benghozi, Flichy, d'Iribarne, 2001).

La question des destinataires des connaissances n'est pas moins importante. Si l'on prend au sérieux l'aspiration des usagers à la démocratie sanitaire et le fait qu'effectivement dans le réseau, le patient et la famille ne sont pas seulement " bénéficiaires " mais aussi producteurs pour une large part des soins dispensés, alors il faut aussi repenser la question des connaissances selon cette dimension : quelles connaissances pour aider les patients et les familles à co-produire le soin ?

Dans le cas du réseau Ville-Hôpital, l'informatisation réalisée en amont pour l'hôpital ouvre les potentialités pour une large utilisation dans le réseau. L'existence d'un réseau humain actif, dynamique, la culture de l'innovation qui a présidé à la création et au mode de fonctionnement du réseau, sont des facteurs que l'on peut, à la lumière d'autres travaux (Cardon, 2001), considérer comme éminemment favorables à ce développement. Par ailleurs, un travail préalable important de formalisation par l'écrit des connaissances a été d'ores et déjà réalisé dans le réseau, ce qui constitue une base importante de partage des connaissances et témoigne d'une culture déjà constituée dans ce domaine. Enfin des emplois ont été créés afin de prendre en compte les besoins émergents en matière de nouvelles technologies. Malgré ces conditions favorables, l'élargissement des modalités et des usages de l'informatisation dans le réseau devra néanmoins surmonter nombre d'obstacles.

1. Types de connaissances et communications

La distinction entre articulation structurante, articulation de trajectoire et articulation opérationnelle (Grosjean et Lacoste, 1999) permet de classer les types de connaissances et d'informations nécessaires au fonctionnement du réseau : certaines existent et le réseau doit les rechercher et les diffuser, d'autres sont produites dans le réseau.

1.1 Articulation structurante : diffusion et production de connaissances et de formes

Le Réseau Ville-Hôpital, du fait de sa pratique quotidienne de coordination, voit émerger les problèmes posés par cette coordination à différents niveaux. Les réflexions sur ces difficultés de tous ordres et notamment sur celles liées au cloisonnement et au manque d'outils de communication entre les différents acteurs de soin ont engagé l'équipe dans un travail de co-production de savoirs communs au travers d'instances de communication interprofessionnelles diverses. En mettant en œuvre une coopération de "confrontation" (Schmidt 1994), ces instances ont élaboré des plates-formes d'action commune à propos de la douleur, de la délivrance des médicaments, du matériel. Ces savoirs produits constituent des investissements, ils nécessitent de la documentation, de la synthèse, de l'échange, l'implémentation sur des supports n'en constituant que la face émergée, elle-même supposant un gros travail de mise en forme.

Ces savoirs sont de différente nature :

Des connaissances procédurales...

... liées aux soins :

- ❖ Mise à disposition large de *procédures professionnelles* déjà codifiées par ailleurs et qu'on réévalue pour les adapter au réseau (cf. le programme sur la douleur, les escarres). Il s'agit d'une adaptation et d'une diffusion de connaissances dont le réseau est à la fois l'initiateur, le vecteur et le garant.
- ❖ Dans d'autres cas, il s'agit d'une *synthèse entre des procédures professionnelles et des procédures propres au réseau*. Largement contextualisées et détaillées pour leur mise en œuvre (nutrition entérale), elles ont nécessité une mise en commun entre les différents acteurs, des compromis, un consensus négocié et écrit.
- ❖ Ce sont aussi des *investissements de forme* telles -les ordonnances pré-formatées à disposition des médecins et élaborées de telle sorte que chacun des utilisateurs (pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes, patients, prestataires) sache quels sont les items qu'il leur appartient de remplir ou de consulter ; - des listes diverses de matériel remboursé et/ou choisis par le réseau pour leur qualité.

... de type administratif

- ❖ Fonctionnement du réseau (Statut de l'association, fiches techniques des groupes de travail, comptes-rendus)
- ❖ Définition des fonctions (fiches de poste...)
- ❖ Fichiers de contacts et de ressources (services intervenant dans les soins à domicile)
- ❖ Des documents administratifs divers à destination des prescripteurs (aides à la cotation des actes, conditions de prise en charge des matériels, médicaments, nutriments prescrits)

Des connaissances sur le réseau lui-même

- ❖ Analyse de l'activité (rapport d'activité...)
- ❖ Enquête satisfaction
- ❖ Référentiels de gestion (tableau de suivi, tableaux de bords..)

Des connaissances relatives à l'usage des TIC

- ❖ Guide d'utilisation du Portail
- ❖ Règles d'accès
- ❖ Sources documentaires

Ces différentes connaissances sont relativement stables dans une période donnée : elles sont disponibles actuellement sur support papier, certaines sont implémentées sur le Portail, d'autres sur le système informatique interne au réseau. Une partie d'entre elles sont diffusées par le biais de formations ou de réunions d'information aux professionnels. Il est évident que le Portail a vocation de les accueillir : la réalisation de leur implémentation est en cours mais l'organisation des données tout autant que leur mise en forme est aussi complètement à revoir, ce qui représente un travail considérable (voir annexe des informations qui figurent actuellement sur le Portail).

Pour l'instant, la production de connaissances dans le réseau est centrée sur la dispense des soins par les professionnels. On peut imaginer un développement de cette production de connaissances en direction des patients et des familles en tant que co-producteurs du soin au même titre que les professionnels, auquel cas il s'agirait aussi de co-produire avec eux des connaissances qui leur soient destinées.

Un exemple de ce que pourraient être des connaissances en direction des patients :

Un focus groupe réalisé en 2002 par C. Oasi (Projet P2 Vie) avec des seniors et aidants familiaux montrait qu'ils souhaitaient disposer d'un site d'accès aisé par mots-clefs et table des matières concernant à la fois

- ❖ des thèmes médicaux (symptômes, pathologies, examens, risques des traitements)
- ❖ des thèmes psychologiques et philosophiques (approche de la mort, de la démence, attitudes à adopter...), tests d'évaluation
- ❖ des informations de type socio-administratifs : adresses des ressources pour le soin à domicile, modes de prise en charge financière des services à domicile, des maisons de retraite, moyens de protection juridique, avantages fiscaux, présentation des maisons de retraite, visite virtuelle, plan d'aide personnalisé en cas de dépendance

1.2 Articulation de trajectoire : des connaissances sur le patient fragmentées sur des supports dispersés

Les informations concernant la trajectoire des malades sont fragmentées et détenues par divers acteurs du soin : le service hospitalier dont il sort, l'infirmière coordinatrice qui en recueille d'autres auprès de la famille, du patient et du service, puis l'ensemble des acteurs impliqués dans le soin à domicile, y compris la famille. Actuellement ces connaissances sont éclatées entre le dossier médical, le dossier infirmier du côté de l'hôpital, le dossier du réseau, le dossier de liaison au domicile (peu rempli comme nous l'avons vu), les dossiers tenus parfois par chacun des intervenants au domicile, et les comptes-rendus informatiques et papiers envoyés par les médecins hospitaliers aux médecins du réseau. Ces connaissances sont en constante réévaluation du fait de la multiplicité des acteurs agissant sur la trajectoire du malade.

Par ailleurs la forme de ces documents est elle-même hétérogène. Certains comme le dossier médical sont complètement informatisés sauf pour l'imagerie, d'autres le sont partiellement (dossier infirmier, compte-rendu médical). Le projet actuel de relier le dossier du réseau à Crossway et Cepage pour récupérer les dossiers administratifs et un certain nombre d'informations médicales et infirmières des patients est intéressant mais il nécessite d'intégrer les rubriques du dossier-réseau, ce qui pose des problèmes informatiques spécifiques.

En théorie, le suivi de la trajectoire du malade pourrait être l'objet d'un dossier partagé de type Workflow ou gestion coopérative : ce dossier serait à la fois l'outil et la traduction du travail multidisciplinaire nécessaire dans le réseau, il permettrait d'avoir une vue d'ensemble de la trajectoire, d'identifier les acteurs, de dépister à temps les problèmes, de repérer les incohérences

(pour autant que quelqu'un s'occuperait de suivre ce dossier, ce qui supposerait une sorte de « suiveur ou coordinateur de trajectoire » qui n'existe pas aujourd'hui). Il pourrait de plus s'appuyer sur un premier document co-rédigé par la famille et l'IC et analysant leurs besoins et leurs ressources et permettant de formaliser les bases de la trajectoire choisie lors de l'entrée dans le réseau¹².

L'intérêt d'un tel dossier assurant la continuité des soins entre l'hôpital et le réseau par le biais de Crossway serait loin d'être négligeable à différents égards : en matière médicale (évaluation des trajectoires), en matière de qualité des soins pour le malade, en matière de gestion (évaluation des coûts). Mais en réalité ce type d'outil pose des problèmes de différents ordres dont certains sont assez fondamentaux pour en remettre en cause la faisabilité :

- ❖ Problèmes techniques de compatibilité entre systèmes sécurisés (Wanadoo et RSS) et de logiciel
- ❖ Problèmes de formation et d'équipement : doit-on équiper les familles et auquel cas les former ? Certains services, certains professionnels ne sont pas équipés, et ne sont pas reliés à un système sécurisé : le droit d'intervenir dans le réseau devra-t-il être subordonné à l'équipement et à l'appartenance à RSS ? Ce n'est ni réaliste dans une conjoncture de pénurie d'infirmières notamment, ni probablement légal.
- ❖ Le problème le plus fondamental est lié aux questions d'accès et de confidentialité: les aides-soignantes, les auxiliaires de vie ne devraient-elles avoir accès qu'à une partie nursing ? Mais dans un service hospitalier, elles ont bien d'autres informations médicales qui peuvent être fort utiles pour elles ; et si le dossier est fragmenté entre catégories en fonction des droits d'accès (totalité pour les médecins et infirmière, partie nursing pour les autres), l'intérêt d'un dossier commun n'est-il pas remis en cause ? Les patients auraient accès à tout selon la dernière loi Kouchner et c'est en effet prévu par Crossway. Mais n'aura-t-on pas au final un dossier édulcoré avec des dossiers parallèles ?
- ❖ Enfin les patients et les familles souhaitent-ils voir regrouper des informations détenues actuellement par les divers intervenants et tous les soignants impliqués et autorisés par les textes pouvoir en disposer ? Devra-t-on alors leur demander de spécifier qui y aura accès ?

¹² Cette étape est actuellement encore peu formalisée et trop souvent la demande de renseignements se fait à brûle-pourpoint chez des malades et des familles qui n'ont ni le temps d'y réfléchir ni de se préparer. Un support écrit, donné à l'avance, permettrait de constituer une base de départ pour l'élaboration du plan de retour à domicile, base d'une sorte de contrat négocié entre partenaires du soin.

Articulation opérationnelle

Les infirmières coordinatrices ont un certain nombre d'outils de travail papier (planning). Ce type de document peut ou non être informatisé. L'usage qui en est fait actuellement montre que cette informatisation n'est pas forcément à généraliser. Mais cela demanderait une étude spécifique.

1.3 Rôle des instances et dispositifs de communication

Au stade de formalisation des connaissances atteint par le réseau, les dispositifs de communication sont essentiels et comme on l'a vu, il passent pour l'essentiel par des réunions de groupe de travail dont les résultats sont formalisés par écrit, puis diffusés dans des réunions élargies et implémentés dans le Portail. Quant aux connaissances concernant individuellement les patients, elles sont recueillies dans des face-à-face ou au téléphone et sont consignées dans divers dossiers écrits.

En aucun cas les TIC ne pourront remplacer ces dispositifs et instances nécessaires à l'interconnaissance et à l'enrôlement qui y est lié ainsi qu'à la confrontation des perspectives par le débat et la recherche collective de compromis. Il faut au contraire penser la complémentarité de ces différents modes de communication.

2. Conditions de développement de l'usage des TIC dans le travail professionnel

Comme le remarquait Boullier (2001) en comparant les TIC à la généralisation de l'automobile, il faut un ensemble d'éléments et de production de conventions pour une appropriation durable et généralisée d'une nouvelle technologie (médiations physiques, sociales, techniques et désirantes). Or l'auteur considère qu'elles sont loin d'être réunies actuellement dans le champ des TIC.

L'analyse de l'expérience de l'hôpital de Mâcon a montré que la réussite de l'informatisation y était liée à plusieurs facteurs : conditions d'équipement, de formation, bonne conduite du projet informatique (cohérence, choix technique, management), informatisation généralisée et basculement en un temps (t), passage obligé pour le travail de chacun (Cepage, Crossway). Par ailleurs la bonne perception de cette informatisation est liée au gain d'efficacité et de sécurité et à l'homogénéisation des documents et des pratiques. En revanche la production de connaissances et de documents, le partage des connaissances, quand il n'est pas impérativement requis par le système ne se fait que difficilement, tant à l'hôpital que dans le réseau comme on l'a vu à propos du Portail entre médecins hospitaliers et médecins de ville (voir chap 2).

2.1 Limites et contraintes du modèle incitatif

Tous les facteurs favorables de l'informatisation de l'hôpital ne peuvent évidemment pas être retrouvés dans le réseau : il ne peut y avoir de conduite centralisée du projet informatique, chaque praticien de ville, chaque organisme de soins à domicile a ses systèmes, ses logiciels, ses modalités de traitement de l'information. Il y a deux fournisseurs d'accès sécurisé (Cegetel et Wanadoo) entre lesquels les connexions ne sont pas parfaitement établies. Enfin, pour travailler, les acteurs du soin en réseau ne sont pas contraints de passer par un système donné comme à l'hôpital et on ne peut les contraindre à s'équiper de telle ou telle façon, à se connecter au RSS et au Portail sécurisé du réseau. Si la Sécurité sociale l'a fait en partie, c'est qu'évidemment elle dispose de l'argument économique central, le remboursement des soins. L'usage des TIC en réseau repose donc, comme le partage des connaissances et la coordination, sur la coopération volontaire. Seule l'incitation, l'intérêt pour le contenu du Portail peuvent décider les partenaires à l'utiliser : comme à tous les niveaux du réseau, il s'agit d'un enrôlement à réaliser qui suppose, nous l'avons vu en étudiant le réseau, attractivité du contenu et de la forme, et réciprocité. Par ailleurs, les problèmes techniques, tout autant que les problèmes légaux et déontologiques sont importants, ce qui peut contribuer aussi à freiner le développement.

2.2 L'alimentation en données attractives

L'attractivité du contenu repose sur l'alimentation en données actualisées nécessaires à l'activité, une diffusion de ce que l'on peut en attendre et sur une facilité d'accès. Ces trois aspects supposent à eux seuls un investissement qui ne peut naître d'un surgissement collectif et spontané comme une littérature idéaliste sur les TIC aurait voulu le faire croire.

Les données attractives telles qu'elles peuvent se dégager de l'étude réalisée sur le Portail (Chaux, 2001) sont confirmées par le focus group P2 Vie (C. Oasi).

Ces données peuvent être classifiées selon plusieurs catégories :

1. Données patient au cours de son parcours domicile, hôpital
2. Base documentaire propre au réseau
 - Informations médicales et de soins ; protocoles et procédures diverses : celles du centre hospitalier et celles qui sont utilisées et développées dans le réseau, produits remboursés
 - Outils téléchargeables : ordonnances, liste de produits remboursés, dossiers de liaison, grille d'évaluation de la dépendance, modes opératoires divers...
 - Informations sur la vie du réseau, les chantiers en cours

3. Des lieux d'échanges :

- Forums/débats sur des sujets médicaux
- Possibilité pour les médecins d'interroger des spécialistes
- Forums patients, forums maladies
- Forums sur les chantiers du réseau

Pour chacune de ces catégories de données, se posent des questions différentes : questions techniques, questions de métier et de temps à investir, questions de création de données collectives (protocoles), questions de faisabilité pour le dossier patient comme nous l'avons vu plus haut.

L'attractivité, c'est aussi -la mise à jour régulière qui, à elle seule, est un travail tout à fait considérable, -le fait qu'il se passe toujours quelque chose, -la facilité d'accès et -une mise en forme attrayante.

2.3 Mise en forme

Goody a bien montré comment le contenu était lié à la mise en forme : les techniques de distribution spatiale de l'information déterminent d'autres manières d'envisager la réalité : la liste par exemple permet une intelligence gestionnaire. La forme physique des artefacts est importante pour la définition des modes d'accès (accès individuel ou partagé, Grosjean et Lacoste, 1998). Mais elle a aussi et fondamentalement des propriétés sémantiques. La seule vue de certains dossiers papier de patients renseigne immédiatement sur l'ancienneté et la complexité ou gravité de la maladie, ce que le premier regard sur un écran ne donne pas de manière aussi sensible (même si on peut regarder le nombre de k). L'informatique permet de regrouper tous les examens de même nature et de les comparer rapidement ce qui demandera un temps beaucoup plus long et fastidieux sur un dossier papier. Mais dans ce dernier cas une information non recherchée pourra tomber par hasard sous les yeux et connectée à une autre ouvrira à un diagnostic imprévu. Deux médecins peuvent travailler de concert sur le même dossier informatique ce que ne permettra pas un dossier papier. Les couleurs, la taille des lettres, l'ordre d'apparition des informations induisent une hiérarchie entre les informations. Dans le domaine qui nous occupe, comme le notent Charlet et al. (à paraître), les informations véhiculées sont par nature heuristiques, réinterprétables, recontextualisables, c'est-à-dire des connaissances pour quelqu'un dans un contexte donné. La forme selon laquelle se présentent les informations détermine des modes d'accès et un contexte d'interprétation. L'idée selon laquelle le contenu sémantique pourrait exister indépendamment du contexte pragmatique dans lequel il est pris est de plus en plus critiquée (voir bibliographie in Charlet et al. à paraître, Grosjean et Lacoste, 1998).

L'implémentation des données nécessite ainsi un gros travail de systématisation, de mise en forme, un travail sur l'accessibilité en fonction des catégories d'utilisateurs, et ceci en lien avec les normes internationales¹³ qui se développent pour résoudre l'épineux problème de l'échange de données.

2.4 Problèmes techniques

Les problèmes techniques sont nombreux et notamment ceux qui sont liés à l'interopérabilité entre systèmes sécurisés, entre logiciels. De plus toute recherche d'interopérabilité, même dans le cadre de l'hôpital est lourde, toute interconnexion qui pourrait paraître évidente dans son principe mobilise du temps, de l'énergie, et pour finir est rarement satisfaisante : ainsi récemment dans le cadre de l'élargissement de l'informatisation du réseau, l'animateur réseau s'est chargé de donner l'accès au Réseau VCHM à C-PAGE pour récupérer directement la feuille administrative des malades. Mais la procédure d'utilisation est spécifique, l'interface est différente de Crossway ou du Portail. Le lien avec Crossway n'est pas réalisé et cette fois les problèmes ne sont pas uniquement techniques mais philosophiques, éthiques et juridiques

2.5 Problèmes éthiques et juridiques

Les questions juridiques et éthiques sont étroitement liées aux questions techniques : le lien entre fichiers, l'utilisation du dossier patient unique à l'hôpital et dans le réseau ne sont pas uniquement des questions techniques comme nous l'avons vu plus haut. Le droit d'accès au dossier patient est régi de façon juridique précise : droit d'accès pour les médecins traitants hospitaliers et les infirmières du service où il est hospitalisé, le patient devant spécifier quel est son médecin traitant de ville et s'il veut ou non que des informations lui soient transmises. Mais alors que dans les services hospitaliers informatisés, l'information circule au-delà des droits formels d'accès par des dispositifs spécifiques (relèves, staffs médicaux) et des échanges verbaux permanents, dans le réseau, le partage des connaissances sur les patients ne se fait guère si ce n'est par l'écrit (mais bien peu puisqu'il n'y a pas de support écrit partagé qui soit effectivement fonctionnel). Le téléphone reste alors le mode d'échange préférentiel mais surtout en cas de problème à régler. Par ailleurs, contrairement à ce qui se passe à l'hôpital, dès que le malade est à domicile, c'est en réalité lui (ou la famille) qui décide qui est référent, qui il veut voir ou non. Ne serait-ce pas à lui qu'il appartiendrait de déterminer un référent coordinateur ayant accès aux données et responsable de ce qui s'y inscrit ? Comme on le voit, ces problèmes juridiques renvoient aussi à la structuration plus globale du travail en réseau et aux questions de la démocratie sanitaire.

¹³ Des tentatives en termes de système informatique sont actuellement en cours pour fixer des normes associant données et méta données qui permettraient de mettre en contexte les données de différentes façons. (Charlet et al. *ibid*)

2.6 Formation et usages

Enfin nombre de professionnels ne sont pas des informaticiens dans l'âme. Si les médecins sont majoritairement informatisés et semblent s'intéresser à l'informatique (modèle de désirabilité), pour d'autres, l'informatique n'est qu'un outil qu'ils ressentent plus comme une contrainte nécessaire et peu maîtrisée et d'usage très restreint que comme un outil valorisant et porteur de développement et compris personnel. La formation, les groupes d'appuis tels qu'ils ont existé lors de l'informatisation de l'hôpital sont nécessaires mais il faudra là encore trouver des modes de financement, des formules spécifiques basées sur le volontariat, les groupes de praticiens que là encore il faudra enrôler, convaincre ou trouver des moyens incitatifs autres (de type économique).

2.7 Pouvoir, contrôle et résistances

Les TIC permettent de nouveaux contrôles et redistribuent les pouvoirs : les droits d'accès, les méta-règles, les choix de système et de matériel, de fonctionnement du réseau sont des pouvoirs qui échappent partiellement aux médecins. De même, les prises de rendez-vous centralisées ont-elles modifié le travail des secrétariats médicaux et corrélativement les relations médecins-secrétaires, l'agenda des médecins devenant partagé. Elles formalisent les relations de travail et les fonctions : les aides-soignants n'ont théoriquement pas de droit d'accès au dossier médical des patients.

Mais l'existence de nouveaux moyens de communication ne permet pas nécessairement de modifier les relations : malgré le portail et la possibilité d'échanger des données patient, les méfiances et les comportements traditionnels demeurent entre médecins de ville et médecins hospitaliers, les contacts entre infirmières et médecins ne se développent pas. Le réseau humain est déterminant pour le fonctionnement des TIC : c'est l'habitude de travailler ensemble, les liens établis physiquement, téléphoniquement, dans les réunions qui peuvent donner vie à un système de communication qui, sans cela, ne fera que refléter l'état habituel des relations professionnelles.

3. Nouvelles fonctions, nouvelles tâches, nouveaux métiers dans le travail en réseau

Informatisation et travail en réseau ont créé de nouveaux emplois liés à l'informatique et modifié les modes de travail. Ont émergé également des tâches nouvelles, de nouvelles fonctions qui tantôt se sont coulées dans des métiers plus anciens pour les recomposer, tantôt ont permis l'émergence de métiers nouveaux. Il faut constater qu'au sein de cet hôpital sous-doté par ailleurs, l'informatisation a contribué à augmenter le nombre de postes et n'a pas supprimé d'emploi.

3.1 Le renforcement du pôle informatique

Les métiers de l'informatique se sont largement développés : six emplois d'informaticiens ont été créés et poste de Directeur informatique.

3.2 De nouvelles fonctions d'interface entre informatique et métiers du soin

Un certain nombre de professionnels ont investi à l'interface entre leur rôle professionnel classique et l'informatique (chef du DIM, référents professionnels informatiques infirmières, secrétaires...), sans toutefois changer de poste. Ils jouent un rôle dans la formation, font l'intermédiaire avec les services informatiques pour les demandes émanant des services et travaillent au développement de l'informatisation tout en continuant à travailler comme avant comme médecin, infirmier... Ils développent donc des compétences d'interface essentielles sans que leur poste ne soit pour autant réellement redéfini.

3.3 Des métiers de la négociation, de la traduction et de la structuration

La création du réseau a généré à ce jour la création de postes d'infirmière coordinatrice, (3 mi-temps), d'une assistante, d'un animateur réseau, d'une psychologue à tiers-temps. Tous ces postes ont pour caractéristique de constituer des métiers nouveaux mais avec des appellations anciennes (y compris l'animateur réseau qui est recruté statutairement sous un intitulé de poste d'informaticien, ce qu'il n'est pas).

Les infirmières coordinatrices occupent des postes de coordination où elles mettent en jeu des capacités d'analyse des besoins des patients et de la situation des familles auxquelles leur métier d'infirmière les prépare tout particulièrement. Pour engager les acteurs du réseau à coopérer, pour

rechercher un financement, élaborer des ordonnances, des connaissances partagées, des dispositifs structurants (groupe pharmaciens), elles développent aussi de nombreuses compétences en matière de négociation. Pour cela elle doivent se faire des traductrices-interprètes : interprètes des patients auprès des instances sociales, des médecins auprès des patients, des familles auprès du patient parfois, des médecins auprès des infirmières... Entre soins techniques et soins à la personne, entre logique médicale et logique de vie des patients, entre professionnels paramédicaux et hôpital, leur métier les a préparé à ce rôle. Par ailleurs, comme l'une vient de l'hôpital et l'autre des soins à domicile, elles ont à elles deux une très bonne connaissance des deux systèmes et des deux logiques de fonctionnement.

Toutefois, s'il fallait chaque jour régler ponctuellement les mêmes problèmes récurrents, les meilleures négociatrices s'y épuiserait. C'est en traitant en amont les problèmes récurrents que le réseau avance. C'est pourquoi, le rôle de traduction et de négociation ne définit pas à lui seul le métier des infirmières coordinatrices. Comme nous l'avons vu, ce sont bien elles qui sont à la base de " l'équipage des connaissances " en diagnostiquant le lieu des problèmes, en répertoriant les ressources informatives et en les activant (recherche documentaire, recherche d'intervenants, recherche de solutions avec les instances (CPAM, CRAM notamment), en évaluant la qualité des produits fournis (contacts avec les prestataires, les patients et familles), en activant des instances *ad hoc* pour résoudre les problèmes récurrents (ex. les problèmes pharmacien, ordonnances, chimiothérapie...). Ce métier est partagé avec le responsable du réseau qui assure une veille sur ces problèmes et qui suscite lui aussi des modes de résolution, demande la réunion des instances concernées... Son rôle est essentiel bien qu'il ne travaille pas directement dans le réseau, il l'anime et les infirmières trouvent toujours auprès de lui une écoute attentive et l'assurance qu'il y a un pilotage de l'activité du réseau, notamment dans ses activités structurantes, tant il est persuadé que ce sont elles qui sont la condition de la pérennité du réseau.

Les infirmières coordinatrices ont développé un vrai métier dont nous avons précédemment précisé les composantes : les actes en sont connus à l'intérieur et à l'extérieur du réseau. Ils sont chiffrés en dépense. Mais il faut tenter de faire rentrer ces actes de coordination dans des catégories qui ne sont faites que pour les soins infirmiers de type traditionnel. Quant au responsable du réseau, il assure toutes les fonctions d'organisation en sus de ses tâches proprement médicales.

Des métiers de l'inscription et de la mise en forme

La structuration passe par les inscriptions. Sans les écrits de toutes sortes sur lesquelles les connaissances que le réseau développe tant sur lui-même que sur les soins et les patients peuvent se diffuser et se matérialiser, le réseau n'existerait pas. Tout le monde reconnaît à cet égard le rôle central de **l'assistante coordinatrice** dont le métier au centre de coordination est l'inscription : enregistrement de l'essentiel de l'activité sous différentes formes, préparation des rapports,

production des écrits, inscription informatique, nous l'avons vu, sa fonction est centrale pour l'articulation structurante et le contact très étroit qu'elle entretient avec les infirmières en permet l'efficacité. C'est grâce à elle aussi que le réseau peut suivre au jour le jour sa propre activité, ce qui permet de faire des bilans, indispensables au financement et à l'évaluation du réseau.

Il en est de même pour **le poste d'animateur réseau** créé très récemment et dont la nécessité s'est imposée au cours de l'étude au vu de la très faible utilisation du portail : les canaux existaient, mais personne n'avait le temps de les faire vivre, d'animer, d'aller chercher l'information, de la faire émerger, puis de se soucier de l'inter-opérabilité entre systèmes, de l'arborescence des informations, de la gestion de l'obsolescence... Là encore ce poste est une interface, interface entre les informaticiens, les usagers du portail, les professionnels du centre de coordination, les professionnels à tous les niveaux qui ont des informations et/ou des compétences. Il s'agit ici de comprendre les besoins des uns, de mettre en forme des informations, de solliciter les experts pour résoudre des problèmes techniques, de faire valider les documents produits, de s'assurer des mises à jour, d'analyser les arborescences... Il s'agit ici aussi d'un travail de traduction et de négociation entre le technique, le documentaire, le réseau humain, les besoins des usagers, travail énorme s'il doit à la fois résoudre les problèmes concrets d'interface, assurer l'animation du réseau et réaliser l'implémentation sur le Portail des documents produits. Le réseau évoluant rapidement, ce poste sera à redéfinir à l'issue des trois ans.

- ❖ Ex : l'animateur réseau s'est chargé de donner au Réseau VCHM l'accès, à partir de leur poste, à C-PAGE pour récupérer directement la feuille administrative des malades. Pour y arriver, il faut mobiliser le service informatique pour lequel un tel travail mineur est rarement prioritaire et peu valorisant (il faut relancer la demande plusieurs fois) mais nécessite néanmoins du travail. Une fois ce travail fait, il s'avère que la procédure d'utilisation est spécifique avec une interface pour laquelle il va falloir former l'assistante. Mais il faut trouver quelqu'un qui la forme...
- ❖ Idem pour Crossway : il faut trouver l'interlocuteur au DIM susceptible de présenter l'intérêt de Crossway au réseau et les modalités de récupération des données, puis déterminer un format de récupération

4. Des fonctions à créer, des métiers qui se profilent

L'analyse du fonctionnement du réseau montre qu'au-delà de ce qui est déjà réalisé, émergent de nouveaux besoins liés essentiellement à la qualité de soins, la sécurité des patients et l'égalité d'accès aux soins ainsi qu'à la mise en place de dispositifs permettant une authentique démocratie sanitaire. Il paraît en effet essentiel, outre l'obligation légale, que patients et familles, à qui l'on demande tant, puissent exprimer leurs besoins, évaluer les produits qu'on leur fournit, s'informer et informer, se documenter.

4.1 Méta-organisation et gestion de « l'équipage des connaissances »

Plus le réseau va se développer plus la question de la formation et de l'élaboration de nouveaux contenus de formation et de documentation co-réalisés par les acteurs et qui est actuellement distribuée entre les IC et le président du réseau, va se poser. Cette activité de gestion de « l'équipage des connaissances » et d'organisation de la formation de tous les acteurs du soin constitue à elle seule un chantier pour autant que le responsable se considère lui aussi comme un passeur, un traducteur, un animateur chargé de faire parler ensemble, de mettre en forme et en œuvre des contenus élaborés plus ou moins collectivement en lien avec les problèmes proposés par les acteurs de terrain et les demandes des patients et des familles : la mise en place de l'animateur-réseau est un premier pas important dans cette direction. Mais le chantier est immense et pour être efficace, il devrait aussi être pensé en articulation avec le service de documentation de l'hôpital, mais surtout avec d'autres réseaux, avec les mutuelles. Naturellement les acteurs actuels peuvent y prendre une place prépondérante, mais cela supposerait de se dégager d'autres tâches : le rôle du responsable du réseau est à cet égard central pour analyser les situations, initier, impulser, développer et suivre les projets.

Méta-organisation du réseau

Cette fonction est, comme la précédente, actuellement distribuée entre plusieurs partenaires (le président du réseau, le DIM, les IC..) qui ont bien d'autres activités. Elle justifierait d'une allocation de temps plus grande sinon de création de poste : organisation de la coordination locale des soins avec les professionnels locaux, organisation plus structurée du suivi des patients, évaluation régulière de la qualité des soins et de la qualité de la coordination, évaluation des besoins de formation pour les professionnels du réseau. Mais si cette méta-organisation a progressé comme elle l'a fait jusqu'à aujourd'hui, c'est par le dialogue entre IC, membres de la cellule d'animation, CA, professionnels et instances de financement et d'évaluation.

Organisation de la démocratie sanitaire

Le choix du retour à domicile est par lui-même un pas essentiel vers la démocratie sanitaire que la loi Kouchner a promu. Mais ce retour à domicile lui ouvre aussi de nouveaux chantiers : comment donner une place effective aux familles et aux patients dans l'organisation de leur propre travail de soins ? Comment susciter leur parole, comment répondre à leurs besoins, comment instaurer ce dialogue au sein de ces « forums hybrides » où selon Callon et al. (2001), spécialistes et non spécialistes doivent débattre afin de répondre aux questions qui se posent aujourd'hui dans le « monde incertain » qui est le nôtre et dans lequel les spécialistes ne peuvent plus prétendre détenir seuls la vérité ? Le Réseau a mis en place un certain nombre de réalisations dans cette direction : information des patients et des familles par différents canaux (entretien, téléphone, dossier) et par la réalisation chaque année d'une enquête de satisfaction.

Dans l'avenir on pourrait penser à la mise en place de dispositifs spécifiques de travail à différents niveaux réunissant les familles, les associations de malades mais aussi les professionnels. Ce type d'instances mixtes pourrait être l'occasion de nouveaux apprentissages collectifs et de tester « des formes d'organisation et des procédures destinées à faciliter les coopérations entre spécialistes et profanes, mais également à rendre visibles et audibles des groupes émergents dépourvus de porte-parole officiels » (ibid. p. 60)

Conclusion

Si le chantier est immense, on peut toutefois craindre que les modes de financement ne puissent en être assurés facilement : il est significatif à cet égard que des postes stratégiques pour la vie du réseau, n'aient qu'un financement précaire¹⁴. Les postes d'infirmières coordinatrices sont de leur côté des postes d'infirmières. Certes il est fréquent que lors des changements technologiques, les nouveaux métiers empruntent les noms des anciens métiers pour se constituer. Mais il semble qu'on n'ait pas aujourd'hui pris la mesure de l'investissement en temps et en compétence et de la mobilisation « militante » autour du projet que nécessitent la production et la diffusion de connaissances nécessaires au bon fonctionnement des réseaux de soins. Il faudra probablement penser dans l'avenir aux processus de mutualisation possibles pour réaliser ces investissements.

¹⁴ Emploi-Jeune pour l'assistante, CDD de 3 ans pour l'animateur-réseau.

C H A P I T R E I I I

VERS UNE EVALUATION CONSTRUCTIVE

Introduction

Les pratiques du réseau Ville-Hôpital nous semblent révéler des questions cruciales aujourd'hui pour l'évaluation des services publics.

Nous rappellerons d'abord le contexte de l'évaluation de l'action publique et des services publics, comment les questions d'efficacité et de qualité sont apparues et comment, dans le système de santé, se sont posées ces questions à travers les différentes réformes du système hospitalier et de sa gestion. On examinera ensuite comment les spécificités que révèle l'analyse des pratiques et de la coordination du réseau ont des répercussions sur les questions qui doivent être intégrées par l'évaluation du réseau et sur sa méthodologie.

Enfin on examinera comment l'expérience du réseau qui est une véritable innovation de service avec des implications organisationnelles fortes, représente, au-delà de la situation locale, des enjeux importants pour l'organisation du système de santé français. Il s'agira non pas de conclusions définitives, mais de pistes de réflexion montrant quelques conséquences de cette nouvelle organisation.

1. Le contexte de l'évaluation

Pour comprendre en quoi l'évaluation de la pratique du réseau Ville-Hôpital s'inscrit dans une tradition de l'évaluation de l'action publique mais doit aussi s'en démarquer, nous retracerons de façon succincte le contexte de l'évaluation des services publics en France et du système de santé. Il s'agit de notes largement empruntées aux auteurs que nous citons.

1.1 Le contexte de l'évaluation de l'action publique et du service public.

Les modes d'évaluation de l'action publique et des services publics ont beaucoup évolué. On est passé ainsi du mode du contrôle lié à la conception de l'État-Nation (contrôle vertical-descendant de la régularité) à celui de l'expertise et de la mesure lié à l'État-Providence, puis à celui de l'État-

Partenaire, recherchant adhésion et pertinence pour permettre un pilotage par le compromis entre des acteurs nombreux ayant des intérêts différents (Cf. Schéma - Modes d'évaluation de l'action publique). En effet, la question de l'évaluation s'inscrit au sein de la question de la légitimation de l'action publique (Strobel, 1994) et, selon les époques, une grande variété de registres de justification a été mobilisée.

En bouleversant les fondements du principe de souveraineté de l'Ancien Régime, la Révolution a assis la légitimité de son action sur la volonté générale. L'État fait prévaloir les lois de la nature mais, en contrepartie, son administration et ses services sont soumis au droit de regard des citoyens (« Tous les citoyens ont le droit de constater par eux-mêmes ou par leurs représentants la nécessité de la contribution publique (Article 14) ; La société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration (Article 15) »¹⁵

A la fin du XIX^e et au XX^e siècle, l'émergence des principes de solidarité, puis des notions de droit social et d'État-Providence vont faire porter l'accent sur la légitimité des finalités de l'action publique poursuivie au bénéfice de la collectivité. La notion de responsabilité s'impose plutôt que celle de souveraineté.

L'extension de l'action publique dans toutes les sphères de la société (particulièrement après guerre) rend plus délicate une légitimation par les finalités poursuivies qui apparaissent trop nombreuses, variées et parfois contradictoires. L'administration et les services publics vont asseoir leurs systèmes de justification sur la rationalité de leur action et sur les méthodes de gestion et de pouvoir qu'ils mettent en œuvre. A la fin des années 1960, la rationalisation sous contrainte des moyens sert de légitimation des fins. La rationalisation des choix budgétaires (RCB) et les indicateurs sociaux (en particulier pour le VI^e Plan) permettent une justification des fins par l'efficacité.

Progressivement, la complexité croissante des interventions publiques et des mécanismes de solidarité s'accroissent du fait de la nécessité de prendre en compte des situations individuelles plutôt que des « besoins » objectivement déterminables pour chaque catégorie de la population. La diversité des actions vers de multiples groupes sociaux rend d'autant plus difficile la justification par les finalités collectives et pousse à mettre en avant un système d'« évaluation des politiques publiques »¹⁶ qui fournissent *ex post* une batterie de méthodes permettant d'analyser les effets de ces politiques et de former un jugement sur celles-ci.

¹⁵ Déclaration des Droits de 1789

¹⁶ Viveret, 1989

Cette reconnaissance de la diversité des usagers et de leurs demandes¹⁷ ne se marie pas facilement aux règles de la distribution des biens publics caractérisés théoriquement par leurs attributs d'indivisibilité, de libre accès et de caractère non-discriminatoire. La rivalité entre les utilisateurs de biens publics amène en effet à instaurer des règles d'accès, d'usage et de gestion qui restreignent à la fois leur indivisibilité et leur caractère non discriminatoire (L. Kiser, 1991). La question de la qualité et de l'efficacité du service devient alors un débat politique et la recherche d'un consensus social et politique sur les actions engagées devient essentielle. L'introduction de l'usager-citoyen paraît le moyen de produire des systèmes d'évaluation de la valeur d'usage des services publics et de l'efficacité des politiques publiques.

Schéma : Trois modes d'évaluation de l'action publique¹⁸

	Légitimité	<i>fonctionnement</i>	<i>Moyens</i>	<i>Système de valeur</i>	<i>Type d'évaluation</i>
Etat nation Niveau juridique	Législatif	Vertical et Descendant	Règles	Egalité des citoyens Universalité	Contrôle de la Régularité
Etat providence Niveau Technico économique	Scientifique	Externe Expertise	Incitations	Efficacité Efficience	Mesure d'indicateurs
Etat partenaire Niveau de négociation	Compromis	Spécifique Incrémental	Ajustements	Adhésion Pertinence	Pluraliste

1.2 Les évaluations actuelles de la santé

Cette problématique de l'évaluation des services publics est bien présente dans les mobiles poursuivis par les réformes de la gestion et des critères de gestion du système public hospitalier. Centrée d'abord sur le contrôle de la gestion et plus globalement de la limitation des dépenses publiques de santé, la problématique de l'évaluation a évolué vers les moyens nécessaires pour que les acteurs assurent le pilotage des projets de santé.

La question récurrente qui domine est celle des moyens à employer pour limiter la croissance des dépenses sans restreindre le libre accès ni renforcer les inégalités d'équipement suivant les régions. La contrainte budgétaire a poussé à mettre au premier plan l'optimisation de l'allocation de

¹⁷ P. Strobel par le d'une requalification des « administrés », « assujettis » ou « ayant droit » en usagers et parfois en clients

¹⁸ Schéma inspiré de : "Évaluation de l'action des pouvoirs publics", Eric Monnier, Editions Economica

ressources (rares et à usages alternatifs). Jusqu'en 1979, le système de financement par le prix de journée a conduit à une surcapacité hospitalière. Les dépenses d'infrastructure, d'aménagement des plateaux techniques, et des structures d'accueil ont eu une croissance très rapide comparée à celle du PIB.

La réforme hospitalière du 11 août 1983 a eu pour objectifs la maîtrise des dépenses hospitalières basée sur une meilleure gestion et une responsabilité accrue des gestionnaires et des médecins. Le financement se fait alors par le biais d'une dotation globale annuelle de fonctionnement. Elle est calculée, pour chaque établissement, sur une base historique, augmentée chaque année d'un pourcentage fixé au niveau national, le taux directeur. Compte tenu de la multiplicité des mesures ponctuelles de réajustement budgétaire et de l'absence de sanction en cas de dépassement budgétaire, la masse des dépenses hospitalières publiques a toujours crû plus vite que le taux directeur. De plus ce système a pérennisé les inégalités de dotations de ressources entre les établissements et a eu des effets contre-incitatifs en pénalisant plutôt les établissements dynamiques sur leur marché local de soins.

Pour pallier ces inconvénients, la loi de 1991 introduit un système qui privilégie une approche de mesure de la production hospitalière et conçoit l'hôpital comme une entreprise à produits multiples. Le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) permet de suivre la répartition des patients de courts séjours MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) en groupes homogènes de maladies (GMH) et d'évaluer le coût de revient complet d'un séjour. Appliqué depuis 1996 à une grande échelle, ce système donne aux autorités régulatrices les moyens de développer un système incitatif qui conduit les hôpitaux à rechercher eux-mêmes les voies de l'efficacité. Le mécanisme incitatif repose sur le calcul pour chaque établissement d'un budget théorique tenant compte de sa production spécifique et auquel peut être comparé son budget réel, permettant d'évaluer des sur ou des sous dotations.

Ce système de rationalisation de la régulation administrée (De Pourville G., 1996) s'est accompagné d'une part, d'un renforcement du dispositif de planification régionale (élaboration d'un plan régional d'organisation des soins (SROS) et création des ARH) ; et d'autre part, de l'introduction de méthodes de gestion empruntées à l'entreprise (planification stratégique et contractualisation d'un « projet médical d'établissement »).

Les Agences de Régionalisation de la Santé (ARH) constituent une autorité de décision plus cohérente qui remédie à la dispersion des responsabilités, des moyens et des compétences, qui prévalait auparavant entre les différents services de l'État et l'assurance maladie (Bonnici B., 1998). Une de ses missions est de favoriser une réelle politique d'aménagement du territoire et l'élaboration des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) est mise sous sa

responsabilité. Chacune fixe les priorités d'action ; en Bourgogne, l'ARH a défini trois principes directeurs : la coopération entre établissements de santé publics et privés, avec la médecine ambulatoire et avec les secteurs médico-sociaux et sociaux ; la généralisation de la démarche de qualité et son évaluation ; le développement de l'information de l'utilisateur et de la prévention.

Par ailleurs, la contractualisation devient un élément central du pilotage des établissements de santé. Les hôpitaux publics doivent adopter un mode d'élaboration de projet d'établissement. Il est la somme des projets qui concernent tant les pratiques médicales que les pratiques du management et qui sont élaborés par les différents comités représentant les services et les corps professionnels¹⁹. La validation du projet d'établissement est examinée par l'ARH, et s'il est conforme au SROS, il donne lieu à un Contrat d'Objectifs et de Moyens.

Les hôpitaux publics sont soumis à deux autres types d'évaluation :

- une évaluation périodique des activités de soins, des structures de soins alternatives à l'hospitalisation, des installations et équipements concernés ainsi que le respect d'engagements relatifs aux dépenses à la charge des organismes d'assurance maladie ou au volume d'activités²⁰.
- l'audit d'accréditation par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). La démarche qualité des établissements doit être conforme à des référentiels établis par l'ANAES et vise à établir par chaque établissement son propre référentiel fondé sur l'analyse exhaustive des modalités de prise en charge des patients, des particularités de la prise en charge du contenu du dossier médical patient, des bonnes pratiques de soins, de gestion administrative des fonctions médico-techniques et logistiques. Cette procédure devient la condition de maintien des autorisations de fonctionner des établissements, des services, des activités et des équipements.

A terme, c'est l'ensemble de ces évaluations qui deviendra la base des négociations de contrats d'objectifs et de moyens externes (ARH) et internes (aux établissements).

Tous les observateurs ont souligné la tension qui est ainsi créée entre la rationalisation de la régulation administrée et les tentatives de faire de l'hôpital public une organisation autonome²¹. Le renforcement des outils de contrôle externe des établissements tend à parer aux risques sous-jacents

¹⁹ Projets de service (Conseils de services), projet médical (Commission médicale d'établissement), projet infirmier (Commission du service de soins infirmiers), projet social (Commission technique d'établissement), système d'information (CME, CTE, Comité de direction), projet de management (Comité de direction), projet d'établissement (Conseil d'administration)

²⁰ . loi du 31/7/1996

²¹ De Pourville G., 1996, Pierru F., 2000

de l'application du modèle du PMSI²². Le problème majeur reste celui de la qualification du résultat constaté de l'établissement. L'hôpital peut sélectionner les patients au détriment de ceux dont le coût probable du traitement est inférieur à la rémunération théorique du GHM ; il peut également gonfler artificiellement le nombre de points ISA en re-hospitalisant le patient. Le système tend également à favoriser l'immobilisme autour d'un comportement médian plutôt que la diffusion de l'innovation. Simultanément, l'introduction d'une certaine concurrence entre les hôpitaux et les rapports contractuels établis avec les tutelles peuvent stimuler les efforts de productivité et clarifier les objectifs à moyen et long terme.

Dans ce contexte, l'expérimentation Soubie des réseaux de santé localisés ouvre un nouveau champ pour des méthodes d'évaluation du pilotage de ces actions. Les spécificités du fonctionnement et des pratiques développées dans le réseau posent des questions nouvelles qui doivent être prises en compte dans les méthodologies d'évaluation. L'ANAES a entrepris une démarche d'accréditation des réseaux de soins. Une mission d'évaluation a proposé des méthodes d'évaluation internes et externes des réseaux et a procédé à l'observation des réseaux en activité²³. Il faut souligner l'intérêt de la démarche suivie qui est centrée sur l'idée que le réseau est « une construction sociale autour d'une problématique singulière relevant d'un processus d'innovation »²⁴. L'accent est donc mis, plutôt que sur un cadre évaluation externe (évaluations médicale, économique, de la satisfaction des personnes prises en charge et des acteurs, du programme de santé), sur une approche organisationnelle du processus de « structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance »²⁵. Cette approche rejoint la perspective de la co-construction de la structure du réseau que nous avons développée dans les chapitres précédents, car elle conçoit les réseaux comme la construction « d'une forme organisée d'action collective par les professionnels »²⁶ dans leur environnement institutionnel et réglementaire.

²² Perrier L., Philip T., Sylvestre Baron P., 2001, Perrier L., 2001

²³ Mission Évaluation Réseaux de Soins, 2001, *Évaluation des réseaux de soins & cadre méthodologique*, ANAES, octobre, p.35 ; Service évaluation économique-ANAES, 1999, *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, ANAES, août, p.140

²⁴ Mission Évaluation Réseaux de Soins, 2001, p.5

²⁵ Ibid.

²⁶ Ibid

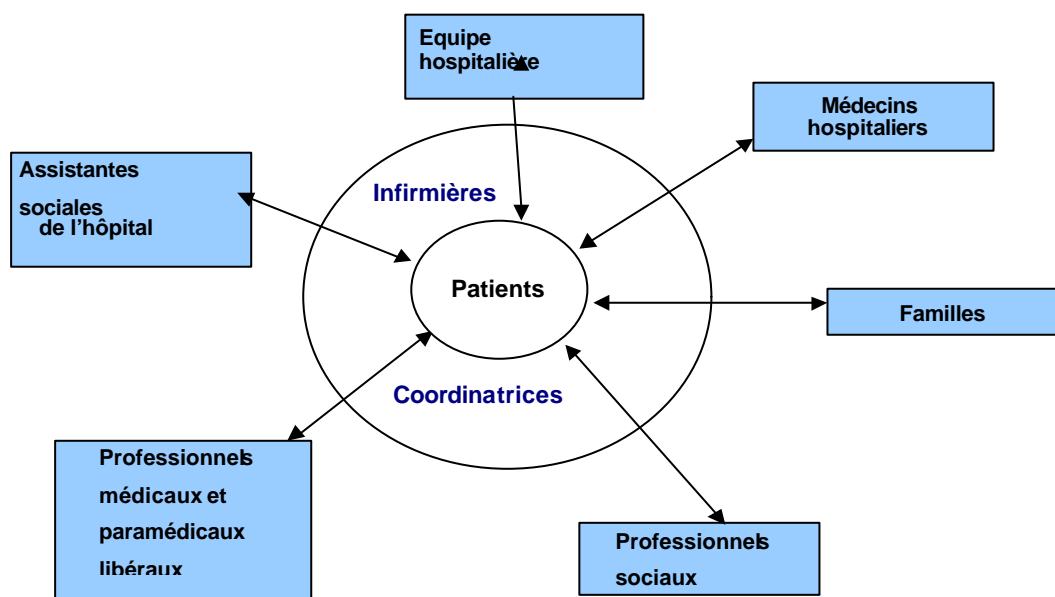
2. Les questions nouvelles posées par les pratiques du réseau Ville-Hôpital

La pratique du réseau Ville-Hôpital soulève des questions qui n'ont pas été considérées jusqu'ici dans les différents modes d'évaluation du système hospitalier.

2.1 Singularités et coordination.

Le principe de mettre au centre le patient ouvre sur une logique de fonctionnement où les routines et les processus établis dans la pratique à l'hôpital ne peuvent être transférés. La singularité des cas, les aléas de la prise en charge obligent à mettre en avant la logique individuelle. Une conséquence directe est que le réseau doit consacrer du temps à cette prise en charge individuelle, au traitement de la singularité des cas qui se présentent.

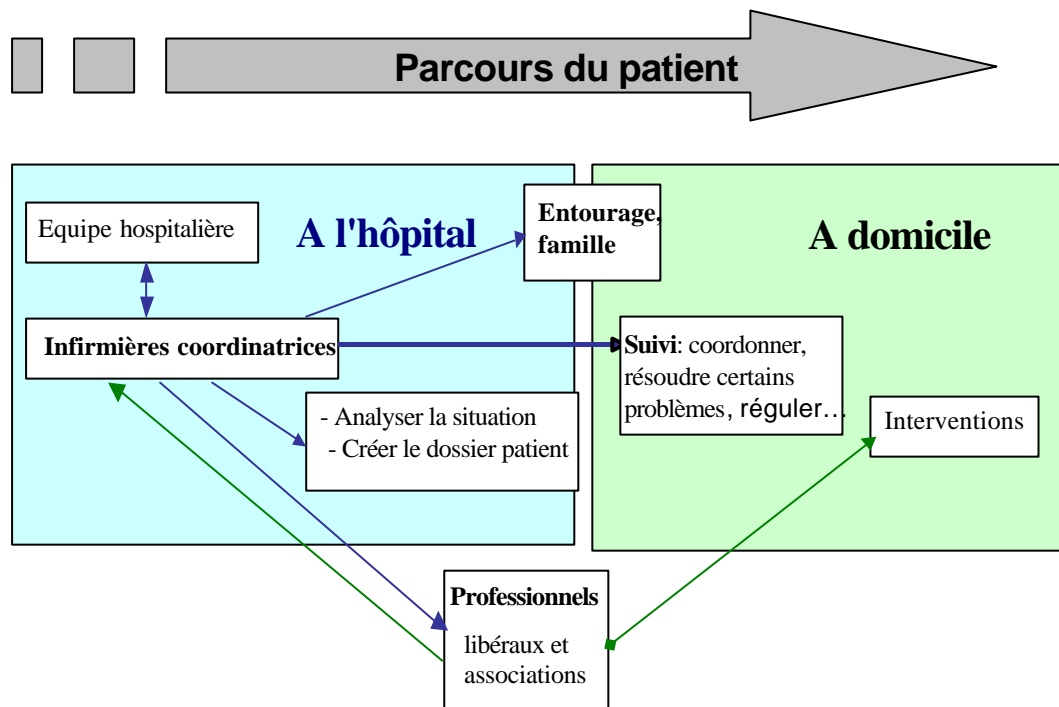
La notion de centrage sur le patient est commune à l'hôpital et au réseau Ville-Hôpital, mais elle s'exprime, dans le cas du réseau, par le centrage autour du patient d'un ensemble de professionnels susceptibles de fournir les actes nécessaires au soin d'un malade dans un environnement variable (domicile, hôpital ou autre établissement de soin).



Le Patient au Centre

Source: Cyril Chaux, 2001, DESS de Psychologie du Travail

Ce premier schéma « idéal » du patient au centre ne rend pas bien compte de la pratique du réseau. Car le vécu du réseau s'exprime dans le parcours du patient. Celui-ci lie des mondes différents – l'hôpital et le domicile -, relie des professionnels exerçant suivant des statuts différents (public, privé, indépendant) et suppose des coordinations dans les phases amont (analyse de la situation avant la sortie de l'hôpital), dans les phases d'intervention (informations réciproques des intervenants) et dans le suivi du traitement.



Source : Cyril Chauv, 2001

La singularité de chaque patient se traduit dans des parcours différents où les questions de coordination sont centrales. Les économies que peut générer le réseau ne peuvent apparaître que dans la coordination des intervenants et des actes différents qu'ils doivent pratiquer. L'évaluation doit donc tenir compte à la fois des surcoûts de la prise en compte de logiques individuelles et des gains qui peuvent être réalisés dans la coordination.

2.2 Des dimensions privées et publiques.

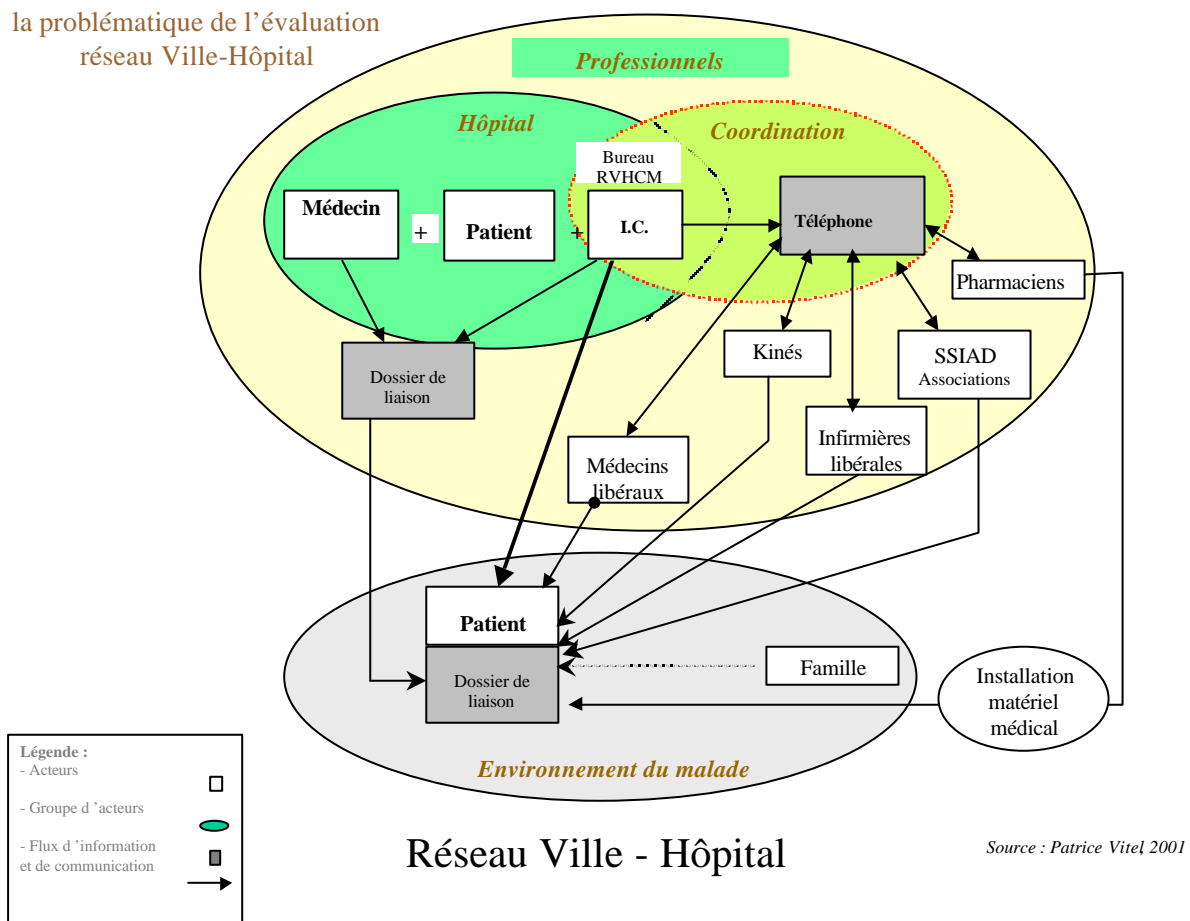
Le réseau conjoint les actions d'acteurs appartenant aux deux mondes de l'économie publique et de l'économie privée. L'évaluation ne peut donc être conduite seulement suivant la logique de l'évaluation de l'action publique. Elle se situe entre un mode d'évaluation politique et sociale d'une part, et un mode d'évaluation monétaire et d'efficacité par le marché d'autre part. Le réseau ne

produit ni un bien public à l'état pur, ni un bien privé. Il produit un bien individuel « en faveur du patient » qui a en première analyse des effets privés multiples (d'où des enjeux concernant l'appropriation de ces effets). Mais ce bien individuel a une forte dimension collective, marquée par la dimension de service à dominante de coproduction et par la dimension sociale et politique.

2.3 Des acteurs aux objectifs différents.

Nous avons vu précédemment que la régulation qu'opère le réseau porte sur des acteurs, des flux de patients et des flux d'information. Le schéma suivant en illustre la complexité.

la problématique de l'évaluation
réseau Ville-Hôpital

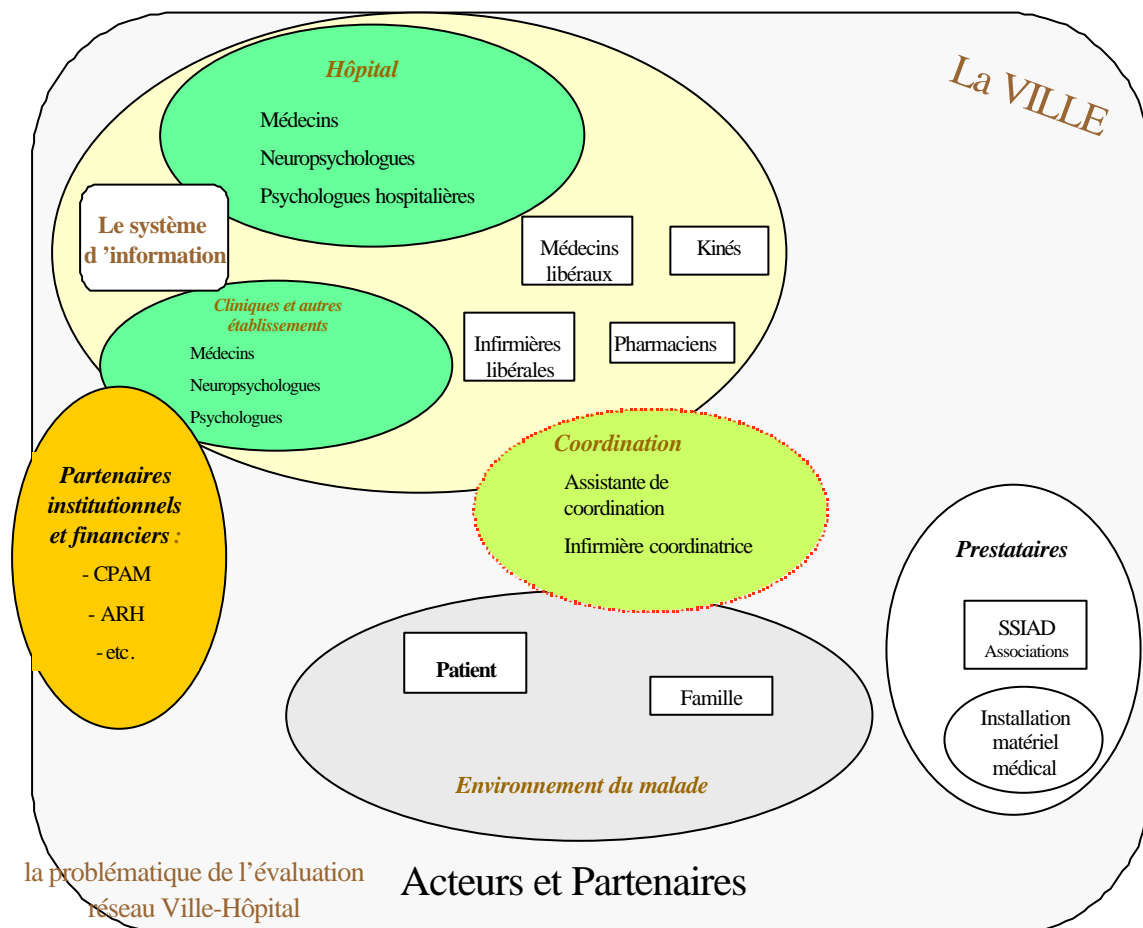


Le réseau crée les conditions pour que ces acteurs dont les objectifs et les intérêts peuvent être différents puissent fonctionner en coopération. Le processus d'évaluation doit rendre compte de leur hétérogénéité et les critères d'évaluation doivent servir à trouver des compromis entre des groupes d'acteurs et de partenaires en faisant exprimer les objectifs de chacun.

3. Objectifs poursuivis et effets attendus par les différents acteurs.

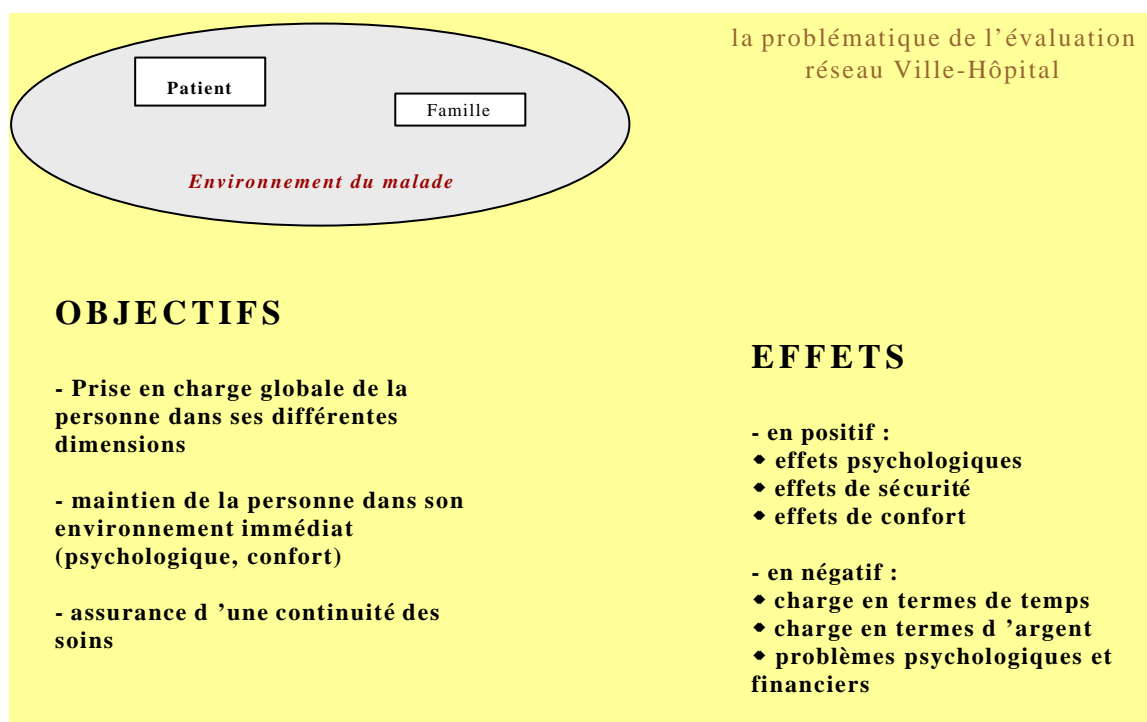
Pour illustrer les points précédents, on cherchera à donner un aperçu des objectifs poursuivis et des effets attendus par chacun des groupes d'acteurs. Il ne s'agit que d'une première approche qui permet de concrétiser l'hétérogénéité des positions à prendre en compte dans l'évaluation. Il faudra ensuite (point 4) préciser les caractéristiques d'une méthodologie d'évaluation qui tienne compte de la diversité des objectifs poursuivis par les acteurs et permette d'atteindre des compromis et de renforcer les engagements nécessaires à la coordination du réseau.

Les groupes d'acteurs peuvent être représentés dans le schéma suivant :



3.1. Le patient et son environnement familial

En plaçant au centre le patient, le réseau privilégie la poursuite d'objectifs comme la prise en charge globale de la personne, le maintien dans un environnement familial, l'assurance d'une continuité des soins dont les effets sont favorables au patient et à son environnement (effets psychologiques, de sécurité, de confort de vie) mais qui génèrent aussi des contraintes et des coûts (en termes de temps, d'argent et de problèmes psychologiques ou sociaux) qu'il faut pouvoir prendre en compte dans l'évaluation. La prise en compte des patient et de leur environnement familial et donc la mise en œuvre de moyens pour qu'ils s'expriment deviennent un enjeu de l'évaluation et plus avant d'une authentique démocratie sanitaire, comme l'a montré le chapitre précédent. La pratique de l'enquête de satisfaction va dans ce sens²⁷.

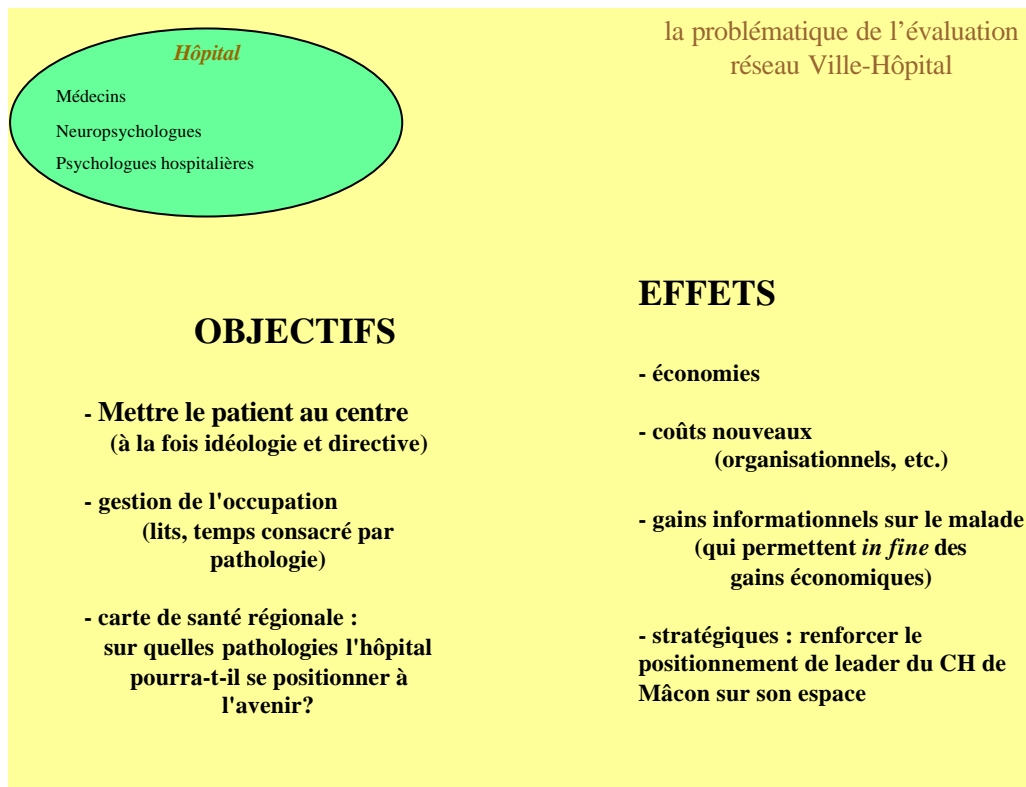


3.2. Les acteurs professionnels de l'hôpital

Pour les acteurs professionnels de l'hôpital, le réseau rejoint des objectifs d'une transformation de la pratique de soins (mettre le patient au centre) et ceux d'une meilleure gestion des capacités hospitalières (gestion des lits, diversification à moyens financiers constants). Pour ces acteurs, les effets souhaités s'inscrivent dans une perspective où l'hôpital aura de plus en plus à prendre en charge les cas demandant des soins lourds (soit sur des pathologies comme l'AVC, soit sur la gériatrie) du fait en particulier que les cliniques ont tendance à se recentrer sur les opérations programmées et à délaisser les urgences et les soins de longue durée. Les enjeux d'une évaluation

²⁷ Des enquêtes annuelles de satisfaction des usagers du réseau ont été entreprises depuis 1999.

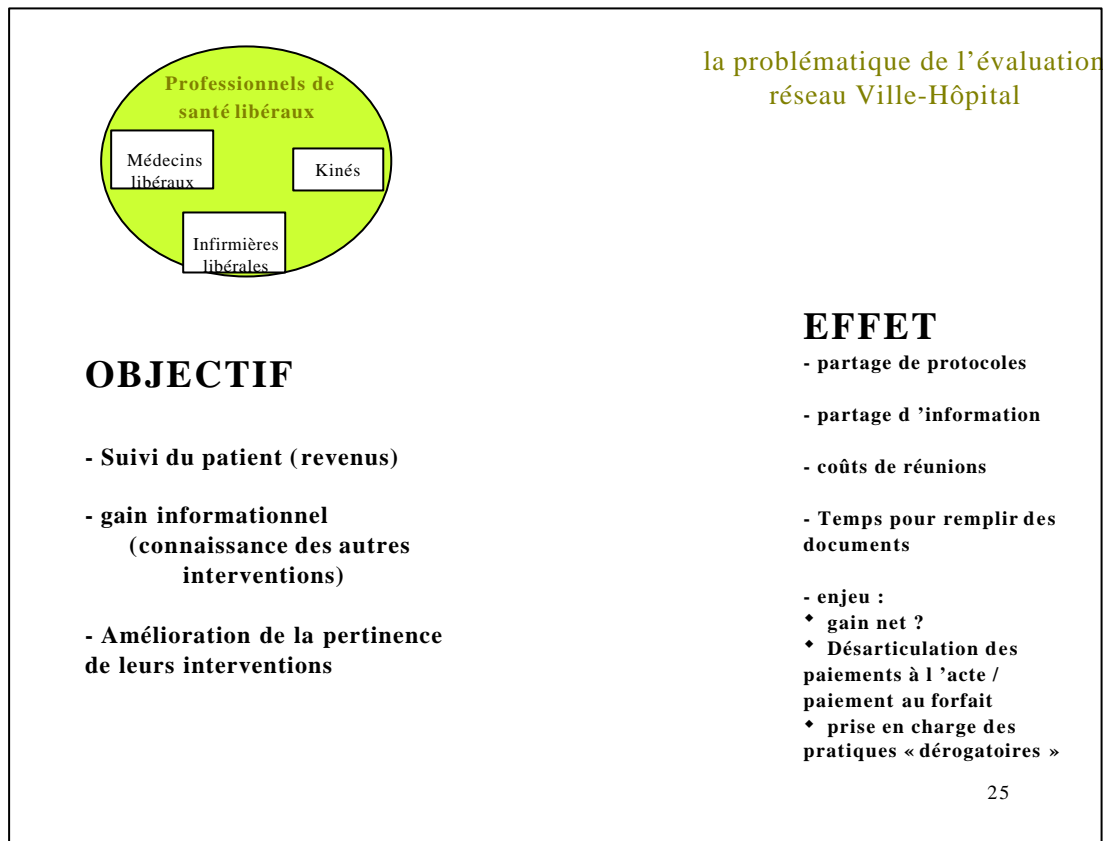
des effets du réseau sont donc centraux tant en termes d'économie générale que de management des informations sur le malade et de positionnement du CH de Mâcon dans la carte de santé régionale.



3.3. Les acteurs professionnels de médecine ambulatoire

Pour les acteurs professionnels de santé ambulatoire, médecins libéraux, kinés, infirmières libérales, le réseau apparaît à la fois comme l'intervention de l'hôpital sur leur champ mais aussi comme l'opportunité d'une liaison forte avec les compétences et les connaissances de l'hôpital. L'entrée dans le réseau leur permet d'assurer un meilleur suivi de leurs patients, de coordonner les soins divers à entreprendre et d'assurer une pertinence de leur intervention. Les effets positifs en termes de partage de protocoles et d'information a une contrepartie en termes de temps de coordination, de participation aux réunions et de contraintes de documentation des prestations accomplies qui ne sont pas prises en charge dans les paiements à l'acte. L'extension de l'enquête²⁸ de satisfaction à ces acteurs pourra être un moyen d'affichage des effets positifs et négatifs de la pratique en réseau pour ces professionnels.

²⁸ L'enquête de satisfaction de 2002 sera aussi dirigée vers les praticiens de l'hôpital et les praticiens libéraux.



3.4. L'équipe de coordination du réseau

Sur l'équipe de coordination du réseau, comme nous l'avons vu précédemment, reposent les tâches lourdes d'assurer la cohérence du système dans un contexte où les intervenants sont nombreux, les situations familiales des malades souvent complexes. Elle poursuit donc l'objectif de s'assurer les moyens nécessaires pour la coordination. Elle prend en charge l'animation (une réunion d'animation tous les deux mois), le rapport d'activité annuel, les enquêtes de satisfaction, le maintien de la chaîne d'information. L'effet souhaité est la pérennisation d'un système viable de coordination, sachant que dans une phase d'expérimentation les moyens et particulièrement ceux en ressources humaines ne peuvent être assurés que de façon provisoire. L'enjeu de compléter l'action du réseau par une évaluation non seulement du fonctionnement mais de l'ensemble des effets du réseau paraît donc centrale et oriente les efforts de l'équipe de coordination pour recueillir les informations sur les effets sur la santé des malades, et pour favoriser la responsabilisation des acteurs permettant de faire progresser les comportements et les cultures professionnels.

Coordination

Assistante de
coordination
Infirmière coordinatrice

la problématique de l'évaluation
réseau Ville-Hôpital

OBJECTIFS

- **Cohérence**
(multitude d'intervenants et
d'actes ;
complexité des pathologies
et des situations individuelles des
malades et des familles)
- S'assurer des moyens nécessaires
à la coordination

EFFETS

- **pouvoir informationnel
fort**
- **coûts non négligeables et
parfois non explicitement
reconnus**

3.5. Les tutelles

Le réseau Ville-Hôpital dépend pour son fonctionnement et son financement d'instances nombreuses. L'évaluation est aussi destinée à des tutelles diverses. C'est à dire que, même du point de vue de l'évaluation de l'action publique, l'évaluation doit tenir compte de points de vue divers. Elle s'inscrit en particulier dans les logiques urbaines et sociales (pauvreté, exclusion) qui ne se résument pas à la question de la santé.

Ces tutelles sont aussi parties prenantes de la co-construction du réseau à la fois par le financement et par leur participation aux instances de gestion. Elles poursuivent des objectifs qui leur sont propres et anticipent des effets dont l'évaluation doit tenir compte :

Partenaires institutionnels et financiers :

la problématique de l'évaluation
réseau Ville-Hôpital

Partenaires institutionnels et financiers :

- CPAM
- ARH
- etc.

OBJECTIFS

- **Mettre le patient au centre (soins / santé)**
- **Maîtrise des dépenses de santé**
- **nouvelle répartition soins à l'hôpital / soins à domicile**

EFFETS

- **contrôle des coûts**
- **qualité des soins**
- **gains informationnels en termes de connaissance des patients (dossier patient, carnet de santé)**

Partenaires des institutions locales : la ville :

la problématique de l'évaluation
réseau Ville-Hôpital

La VILLE

OBJECTIFS

- **Assurer un niveau de santé et d'accès à la santé**
- **Prise en charge de problèmes sociaux (SIDA, cancers, personnes âgées dépendantes, ...)**
- **Cohérence des multiples interventions**

EFFETS

- **en termes d'image**
- **coût**

4. Vers un type d'évaluation constructive, pluraliste et multidimensionnelle

Les réflexions précédentes conduisent à envisager un cadre d'évaluation dont la méthodologie est à la fois constructive et pluraliste²⁹ et qui intègre les dimensions propres à l'évaluation au sein de l'hôpital dont le réseau est un prolongement mais qui génère de nouvelles dimensions propres à un système localisé de santé.

4.1 Vers une méthodologie d'évaluation constructive et pluraliste

Les conditions de fonctionnement du réseau rendent impossible une évaluation unique. Il y a certes un thème fédérateur, fortement impulsé par l'hôpital et ses initiateurs, mais les objectifs sont nécessairement multiples du fait de la diversité des acteurs qui y participent. Les objectifs ne peuvent se clarifier que dans l'action, les négociations entre les acteurs et l'évaluation sont parties prenantes de la construction de ces objectifs.

Il y a coproduction du service et l'évaluation doit aussi être co-construite. L'objectif est à préciser sur la base d'une négociation entre les acteurs et d'une recherche d'un consensus minimum. Il restera nécessairement des objectifs secondaires différents qui seront alors acceptés en connaissance de cause.

La prise en compte et la représentation de tous les acteurs est donc une condition nécessaire. Si la représentation des groupes de professionnels paraît assurée, celle des patients et de leur famille doit encore trouver une solution adéquate. La loi Kouchner sur le droit des patients ouvre cette possibilité mais pose dans la pratique des questions non résolues sur la manière de mettre en œuvre la démocratie sanitaire et d'éviter les risques qu'elle pourrait entraîner. On reviendra sur cet aspect infra.

L'évaluation ne porte donc pas seulement sur les résultats, mais aussi sur les processus. L'organisation du partage d'information revêt une importance décisive. Le but étant que les acteurs puissent disposer des informations sur ce qui se déroule réellement dans les traitements et que les ajustements de leur place et de leur rôle puissent se faire en fonction des pratiques et non pas seulement sur la base des « intentions » explicitées dans les « contrats d'engagement ». La mise en place du portail informatique devra refléter les progrès dans la transmission de l'information.

²⁹. Cette méthodologie est notamment développée in : Conan M., 1998 ; et La documentation française 1991.

Dans le cas du réseau ville-Hôpital de Mâcon, plusieurs conditions de succès ont pu être distinguées :

- la formulation d'objectifs clairs partagés par l'équipe qui est chargée de la conduite des opérations.
- des capacités à relier des acteurs très différents en leur donnant une place et en les intégrant au sein du processus de construction du réseau.
- la conduite d'un processus où la co-configuration et l'enrôlement des acteurs sont présents dès le démarrage de l'expérience, permettant par là de faire partager les ajustements des moyens aux financements, des objectifs aux moyens obtenus, etc. Il s'agit d'une «adhocratie » qui configure et est co-configurée.
- la capacité à construire des connaissances et des pratiques communes.

L'évaluation doit pouvoir rendre compte de plusieurs aspects et tenir compte de tous les coûts. Elle peut alors se révéler en contradiction avec le système administratif et homogène du paiement à l'acte.

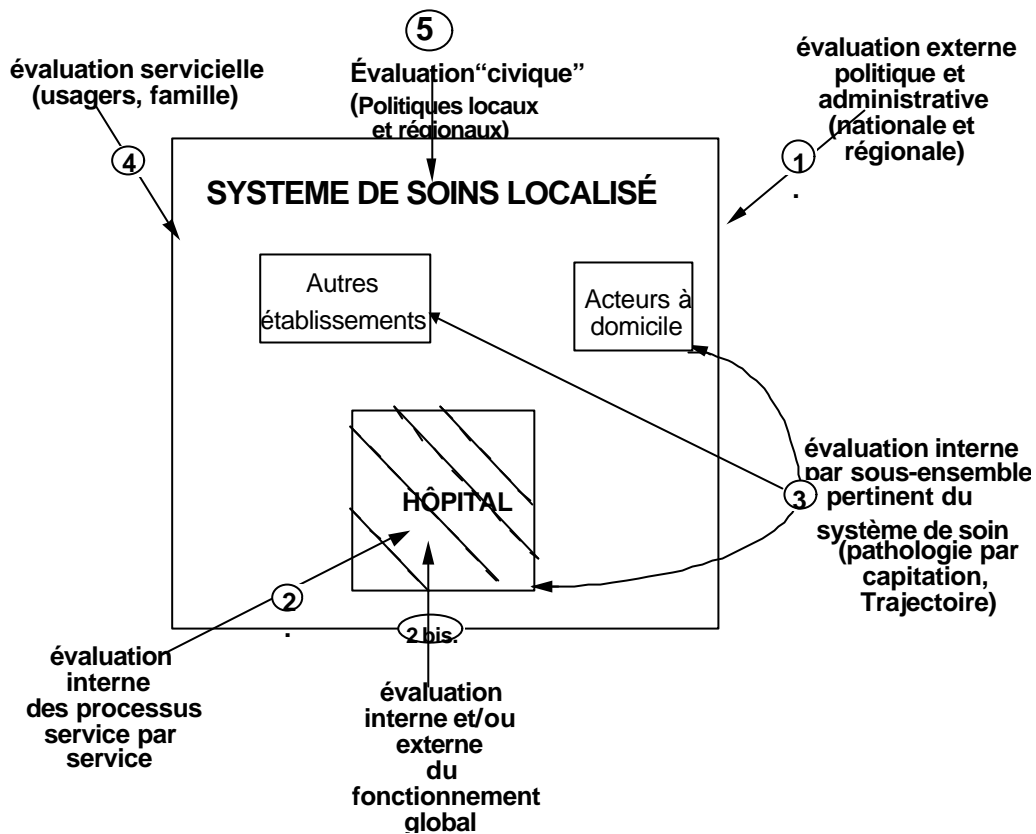
4.2 Vers une évaluation pluridimensionnelle

L'évaluation du réseau Ville-Hôpital doit s'intégrer dans un système d'évaluation déjà en place, qui englobe les pratiques de l'hôpital. Mais elle agit aussi comme élargissement du point de vue traditionnel sur le système de soins : « l'hôpital n'est plus considéré isolément comme lieu unique de réponse aux besoins de santé mais resitué dans son environnement »³⁰. Dès lors, ce sont de nouvelles dimensions qui s'ajoutent aux dimensions communément prises en compte dans l'évaluation multiple de l'hôpital.

Le schéma suivant résume ces différentes dimensions :

³⁰ . M. Drouet, directeur de l'ARH Bourgogne

Schéma : Les dimensions de l'évaluation



En premier lieu, l'évaluation du réseau prend place dans le système d'évaluation de l'hôpital : l'évaluation externe des dépenses, de la gestion et de la qualité pratiquée par les instances administratives et politiques (1).

l'évaluation interne dans ses deux dimensions : à la fois les processus des soins et le fonctionnement (2) et management global (2bis).

Mais la pratique du réseau conduit à réanalyser selon des dimensions nouvelles :

Un première dimension nouvelle est le réexamen par l'hôpital de l'organisation des soins et de sa part dans l'organisation du système de santé au niveau local. Suivant les pathologies prises en charge dans le réseau et selon les services concernés dans l'hôpital, l'évaluation interne devra évoluer d'une évaluation service par service à une évaluation par sous-systèmes de soins (3) qui englobent à la fois les services concernés de l'hôpital mais aussi les coopérations avec d'autres établissements et les pratiques menées en concertation avec les professionnels indépendants exerçant en ville.

Une deuxième dimension intègre le patient dans son environnement du domicile. Il s'agit de la dimension de la qualité du service rendu ou dimension « servicielle » (4). Il s'agit pour une part des aspects qui peuvent rester cachés dans la prise en compte des coûts du réseau et des changements qu'il introduit. L'introduction des changements apportés au patient et subis par son entourage dans

la solution du soin à domicile peut en effet révéler des aspects délicats comme l'externalisation pour une part plus ou moins importante de tâches prises en charge d'ordinaire à l'hôpital, de renvois d'actes de suivi ou de logistique sur d'autres métiers dont il faut alors assurer la prise en charge.

Une dernière dimension peut être appelée une dimension « civique ». Elle concerne la prise en compte du système de distribution de soins dans les politiques locales ou régionales. Le soin et la santé apparaissent alors comme des aspects d'autres problématiques, comme les problématiques du développement local, des politiques sociales, etc.

4.3. Conclusion

La question de l'évaluation paraît à la fois cruciale dans l'expérience de réseau et difficile à mettre en œuvre. Elle conduit à mettre en pratique des méthodologies exigeantes en travail et en temps. On peut se demander alors si cette perspective n'est pas surdimensionnée par rapport à la structure somme toute très réduite du réseau actuel. Elle le serait si cette pratique de l'évaluation était sommative (récapitulative), externe et seulement destinée aux instances de tutelle. Mais elle est partie prenante de la constitution du réseau. Elle permet de rendre visibles les réajustements permanents des objectifs et des moyens que suppose le fonctionnement du réseau. Elle rejoint le besoin d'articulations structurantes, qui a été analysé au chapitre 2.

Plus avant, on peut considérer que le réseau répond plus à une dynamique de projet qu'à une logique de standardisation. Dès lors, les objectifs même de l'évaluation sont endoformatifs, ils participent à la conduite du projet³¹. En ce sens, les coûts que le déploiement de la pratique d'évaluation engage font directement partie des coûts de coordination.

Pour autant, l'évaluation n'est pas réservée au seul usage interne. L'expérimentation des réseaux avait notamment pour objectif dans l'ordonnance de 1995 de permettre un transfert d'expérience. Les conditions très spécifiques de chaque expérience, et précisément de celles du réseau Ville-Hôpital de Mâcon que nous avons décrites plus haut - une équipe soudée, des choix techniques judicieux, des complémentarités de compétences dans le groupe, une culture de l'innovation qui vient de loin - montre qu'il ne peut y avoir de transfert pur. C'est en revanche dans l'évaluation de la conduite du projet et notamment des processus de co-construction et de co-configuration que des enseignements sont utilisables pour re-construire les conditions de la structuration d'une action collective dans d'autres contextes³². En ce sens, l'expérience du réseau ville-hôpital peut devenir un enjeu pour le système de santé.

³¹. Cette théorie de l'évaluation de projet et la « change theory » ont été développés in : Chen H.T., 1990 ; Fullan M., 1999 ; Sanderson I., 2000 ; Connell J and Kubisch A , 1996

³² Cette perspective est notamment développée, dans un autre contexte, par Fullan M., 1999

5. Les enjeux de l'expérience pour le système de santé

L'expérience observée est une véritable innovation de service avec des implications organisationnelles fortes mais, au-delà de la situation locale, elle représente des enjeux importants pour l'organisation du système de santé français. La question de la maîtrise des dépenses de santé est devenue un problème récurrent³³, les solutions cherchées sont multiples, la question du prix de la santé et les réformes de financement de l'hôpital liées à des analyses gestionnaires³⁴ ont souvent dominées le débat. La dimension organisationnelle a également un rôle important à jouer. Produire le même service ou un service équivalent avec une autre organisation et à un autre coût a toujours été économiquement une tendance importante, ceci permettant des économies sources d'une diminution de prix. L'expérience observée s'inscrit donc dans ce cadre, on voit par là que l'enjeu est considérable pour l'évolution future du système de soins.

Ce qui est en cours d'expérimentation correspond donc à une nouvelle division du travail, une nouvelle organisation des activités qui configure de nouvelles modalités temporelles et spatiales. Il s'agit également de nouvelles organisations fonctionnelles où certaines fonctions réalisées jusque-là en interne à l'hôpital se trouvent produites à l'extérieur. Ces mouvements à l'œuvre ne sont pas propres à l'économie de la santé, d'une manière générale l'économie des réseaux reconfigure les territoires de la production. On peut donc faire l'hypothèse qu'à terme c'est un « nouvel espace hospitalier » qui se cherche, où les fonctions d'interventions chirurgicales, de soins post opératoires, d'hébergement et de restauration, de diagnostics seront accomplies dans différents lieux, par différents acteurs, séparés dans le temps et dans l'espace, mais fortement coordonnés entre eux. Cette mutation n'a pas seulement une implication technique (de technique organisationnelle), elle a également des conséquences sociales importantes.

Dans l'expérience analysée, des choix et des modes d'organisation ont été effectués. Les configurations futures et « plus définitives » ne seront pas nécessairement identiques à ce qui est aujourd'hui expérimenté. Trois logiques au moins sont à l'œuvre et identifiables :

- Une logique que l'on peut qualifier de gestionnaire, où l'enjeu est une maîtrise des coûts de la santé, une meilleure gestion et rotation des lits de l'hôpital, cette logique est en grande partie dominée par la recherche d'une efficacité plus élevée, l'organisation et la

³³ Les ouvrages et rapports concernant ce thème sont très nombreux, pour une vue synthétique on peut consulter « Dossiers Solidarité et Santé 1, la régulation des dépenses de santé : approche théorique et empirique » Ministère de l'Emploi et de la Solidarité 2001

³⁴ Cette dimension est particulièrement bien analysée dans « La démarche gestionnaire à l'hôpital, le PMSI » Engel F., Kletz F., Moisdon J.C. , Tonneau D. ed. Seli Arslan 1997

technologie peuvent alors être utilisées comme un objet permettant d'imposer une certaine rationalité.

- Une logique d'acteurs professionnels, déjà présents dans le domaine des soins, qui perçoivent à la fois des risques et des potentialités dans les contraintes actuelles et les évolutions possibles. La question pour chaque acteur individuel, comme pour chaque corps de métier, est de conserver une place dans le système de santé et d'orienter les choix organisationnels et techniques de manière à améliorer ou seulement maintenir leurs places dans le système
- Des logiques sociales (sociétales) multiples. D'une part, les différents niveaux politiques cherchent à maîtriser le niveau général des coûts de santé, mais aussi apporter des solutions jugées satisfaisantes par les citoyens dans une organisation territoriale donnée (importance de la carte hospitalière, de la concentration des spécialités dans certaines villes). Les visions politiques sont donc très différentes selon le niveau où l'on se place, l'enjeu territorial est dès lors très important pour les acteurs politiques locaux, puisque c'est à terme le type de soins offerts localement qui est l'objet de cette organisation territoriale. D'autre part, les citoyens, les individus et les familles ont des comportements nouveaux en terme de santé et de qualité de vie. D'acteurs passifs dans le domaine de la santé dans les années 70, ils sont en train de devenir des acteurs actifs, imposant d'être partie prenante des choix qui leur sont proposés, ayant des exigences nouvelles notamment sur l'information qui les concernent.

Ces logiques sont constamment à l'œuvre dans l'expérience analysée, la généralisation ou simplement l'extension d'une telle expérience à d'autres lieux nécessitera encore de nombreux débats, sans doute d'autres expériences et les choix « organisationnels futurs » pourront être sensiblement différents des observations faites. L'organisation qui se cherche ne sera pas la résultante d'une seule des logiques présentes, la « technologie organisationnelle » est toujours ambivalente au moment où sa conception et son expérimentation se font, les ajustements et les compromis entre les acteurs définiront les configurations concrètes. Les réflexions qui suivent ne sont pas à prendre comme des conclusions définitives, mais plus comme des pistes de réflexion montrant quelques conséquences de cette nouvelle organisation. Plusieurs des aspects évoqués sont déjà présents dans les parties précédentes de ce rapport, il s'agit plutôt ici de les rassembler.

5.1. Des réaménagements et des transferts de coûts

En permettant à des malades de recevoir les soins nécessaires en dehors de l'hôpital, le réseau apparaît donc comme une solution qui conduit à des transferts de charge sur l'ensemble de la trajectoire du patient. Ces transferts correspondent à des effets positifs pour l'hôpital, dans la mesure où les lits libérés seront utilisables pour de nouveaux patients, c'est la capacité de production de l'hôpital lui-même qui est modifiée. Cette notion de capacité de production de l'hôpital est sans doute difficile à définir en raison de la multiplicité des situations possibles. L'enjeu pour l'hôpital est de maximiser le nombre de journées, en fonction du nombre de lits théoriquement disponibles et en fonction des actes accomplis dans chaque journée. On peut donc faire l'hypothèse qu'une plus grande rotation des patients pour un lit donné augmente la capacité théorique de production de l'hôpital, de même que l'évolution de l'hôpital vers certaines spécialités plus intensives en actes de technicité élevée correspond à un enrichissement de son offre. Diminuer le temps de séjour d'un malade lorsque les actes de chirurgie sont achevés et lorsque les actes de soins deviennent relativement répétitifs à intervalles réguliers peut permettre d'accueillir de nouveaux patients ayant une intensité d'actes plus élevés.

Pour l'ensemble du système, les actes de soins pratiqués en externe continueront d'être financés. Si certains actes faits en externe coûtent plus chers, notamment lorsque des outils techniques doivent être loués et installés au domicile du malade, l'avantage pour le système de soin en général est alors que le financement ne porte que sur les soins à l'exclusion des autres fonctions, notamment les fonctions d'hébergement, de restauration et de blanchisserie. Il y a bien là, du point de vue du financement du système, une économie réalisée.

Par contre, le maintien à domicile du malade signifie un transfert de charges vers la famille du patient ou son entourage. Ce transfert signifie la prise en charge directe par la famille de certains actes qui étaient réalisés de manière normale à l'hôpital, sans qu'il y ait un acte identifié dans la nomenclature des soins. Ces actes (par exemple, surveillance, médication, soins corporels, délivrance des repas...) sont des actes annexes et nécessaires. Dans la nouvelle organisation, ces actes deviennent des actes réalisés par la famille, ou à défaut ils doivent être identifiés en tant que tels, faire l'objet d'actes réalisés par certains professionnels, nécessiter des modes prises en charge financière spécifique et un financement qui n'est plus du ressort des mécanismes de santé.

Au-delà de l'expérience singulière, c'est bien tout l'ensemble des mécanismes de financement qui est potentiellement transformé. Certains actes deviennent l'objet d'un travail privé, parfois d'un financement privé et d'un financement public lié à d'autre budget que celui de la sécurité sociale.

5.2. La flexibilité dans la gestion des ressources humaines

Le fonctionnement en réseau conduit à une mutation dans les mécanismes de gestion du personnel. L'hôpital dans son fonctionnement est déjà confronté à une mobilisation d'acteurs qui ont des statuts différents. Comme beaucoup d'organisations aujourd'hui deux questions se posent dans la gestion du personnel : celle de la flexibilité, c'est à dire avoir le personnel au moment où son intervention est nécessaire et celle de la pénurie, c'est à dire avoir le personnel compétent et qualifié requis par la nature des interventions. Le fonctionnement en réseau peut participer à la résolution combinée de ces deux questions. L'enrôlement du personnel dans le cadre du réseau est strictement lié au besoin temporaire d'une situation particulière d'un malade donné. Dans ce sens, le personnel sera enrôlé pour le temps et pour les actes qui sont nécessaires, il y a donc un ajustement permanent. Le réseau peut aussi potentiellement aider à résoudre les problèmes de pénurie, dans la mesure où l'emploi d'une qualification rare n'est pas permanente et par là se pose en termes d'alternative par rapport à une autre utilisation de cette compétence rare. Le réseau accomplira d'autant mieux cette mission, qu'il y aura un côté attractif pour la personne de venir pendant un temps travailler dans le réseau. Nous avons souligné plus haut que ce côté attractif peut venir de la réalisation d'expériences nouvelles, de l'expérimentation d'outils, dans le transfert de connaissances ou dans le développement de la formation.

Le modèle de réseau peut donc être un nouveau modèle de gestion et de mobilisation des personnes et des compétences.

5.3 A terme, le réseau processus de sélection

Dans l'évolution actuelle du financement des problèmes de santé, il est possible de faire l'hypothèse que les organismes payeurs (sécurité sociale, assurances complémentaires obligatoires, assurances complémentaires privées) auront une attitude beaucoup plus sélective sur les actes qu'ils rembourseront. Notamment les exigences de qualité des actes sont dès aujourd'hui renforcées, mais surtout la cohérence et la coordination des actes entre eux peuvent à terme devenir des enjeux importants des mécanismes de financement. Dans la période actuelle, le financement porte sur l'unicité de l'acte, indépendamment de l'ensemble des actes. On peut faire l'hypothèse que la notion de service global que nous avons évoquée plus haut à propos du client s'imposera également au niveau des financeurs. Dès lors, l'organisation des actes en réseau peut devenir un garant de la cohérence dans les combinaisons d'actes réalisés. Certes, l'acte reste central au niveau de la logique professionnelle, mais les articulations entre les actes, l'ordre dans lequel ils sont exécutés, la reproduction plus ou moins régulière de certains actes en fonction de l'évolution du patient, le transfert de connaissances entre les acteurs deviennent la condition nécessaire pour l'obtention d'un service de qualité à un coût minimisé. Cette exigence de qualité nouvelle passe obligatoirement par

un niveau supérieur de régulation, une activité de coordination dont le rôle ne sera pas seulement d'enrôler les acteurs dont on a besoin, mais de penser et de réaliser la cohérence d'ensemble. Certes, dans l'expérience analysée cette question est latente, mais à terme le développement du réseau et sa pérennité semblent bien passer par un pouvoir de régulation définissant les actes nécessaires, l'ordre de ces actes et leur qualité. Dès lors, exercer son activité dans le cadre d'un réseau donné, qui est capable de réguler le système, peut devenir pour les organismes financeurs un facteur fondamental de sélection des pratiques et des acteurs qui seront reconnus comme fiables. Si l'on fait l'hypothèse que les mécanismes de financement privatif (financement à charge individuelle de chaque client ou financement par l'intermédiaire d'assurances privées volontaires) risquent de se développer dans les prochaines années, alors cette question de la sélection se posera d'autant plus. L'organisation en réseau n'est pas la seule qui permette cette sélection. Mais dans la mesure où elle permet à la fois l'autonomie et une certaine indépendance des acteurs tout en apportant une dimension collective et coopérative, cette nouvelle forme organisationnelle peut montrer son efficacité.

5.4 La question de l'hospitalo-centrisme

Le modèle d'organisation du système de santé en France a parfois été analysé comme un système qui donne à l'hôpital un rôle central dans le dispositif de santé. Ce rôle central est visible par le poids important de l'hôpital dans le coût total des dépenses de santé, et notamment par le développement général de la technicité des actes réalisés à l'hôpital, par la relation établie entre certains hôpitaux (CHU) et le système de recherche et de formation, enfin par l'organisation de la carte sanitaire autour des grands centres hospitaliers. Cet hospitalo-centrisme est parfois dénoncé, car il conduirait à un coût prohibitif des dépenses de santé, à un pouvoir considérable des médecins influents de l'hôpital, à une bureaucratie forte empêchant des innovations et des solutions alternatives (hôpital à domicile, hôpital de jour...).

L'expérience en cours participe donc à une sorte de desserrement de l'empreinte de l'hôpital dans la structuration et l'organisation du système de soins. Il s'agit donc d'une alternative à d'autres modes d'organisation. L'expérience de ce point de vue semble avoir deux intérêts majeurs :

D'une part, il s'agit bien d'un principe d'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur, ouverture qui permet de prendre en compte des problématiques nouvelles : le patient plutôt que le soin, l'environnement du patient, l'articulation avec d'autres acteurs (la ville, les associations). Cette ouverture ne transforme certes pas l'hôpital, mais la prise en compte de questions nouvelles peut à terme participer aux modifications des comportements des acteurs. Pour certains malades, ce sont les praticiens de l'hôpital qui sont conduits à s'interroger sur la meilleure solution à trouver pour un patient, ceci passe par une vision élargie de la situation du malade où les questions de soins, de technique de santé ne sont pas les seuls critères.

D'autre part, l'hôpital reste le référent et en quelque sorte le garant d'une certaine qualité dans les solutions apportées, responsabilité certes lourde parfois, car l'hôpital n'est pas celui qui réalise les actes.

Dans une telle organisation, il y a donc des alternatives possibles à l'hospitalisation, alternatives qui néanmoins restent dans la mouvance et la déontologie de l'hôpital.

5.5 Une expérience nouvelle de citoyenneté

Un enjeu important de l'expérience analysée concerne les dimensions sociales et citoyennes. Plusieurs aspects sont présents :

Une première question se pose autour du choix effectué pour un patient. Le placement d'un patient dans le réseau est lourd de conséquence pour lui-même, son entourage et sa famille, son environnement local. Dans ce type de processus, comme dans toute organisation en réseau, il peut y avoir des phénomènes d'exclusion, notamment car la disponibilité de temps, les comportements et parfois les compétences requises et la capacité financière deviennent des conditions nécessaires pour l'organisation et le fonctionnement de la vie du patient à domicile. Il y a de ce point de vue de fortes inégalités, en conséquence les alternatives au moment des choix ne sont pas identiques.

Le réseau est également un enjeu important dans la politique locale de santé. La ville et diverses associations en sont parties prenantes et témoignent que la question n'est pas seulement celle des soins, mais également celle de la prise en compte de questions sociales qui concernent tous les citoyens.

Enfin le réseau est un lieu de débat où différents points de vue peuvent s'exprimer, l'analyse de l'évaluation a montré que les critères étaient à la fois évolutifs et multiples, c'est derrière ces questions un nouveau modèle de débat citoyen qui se cherche.

On peut toutefois craindre que l'évaluation ne se fasse que sur des produits séparés et non sur la qualité de l'articulation entre différents services, la fluidité qu'elle engendre et qui est précisément ce que le réseau apporte. De plus, si cette articulation est bonne, elle devient transparente pour l'utilisateur. Pouvoir évaluer cette articulation est essentiel si l'on veut pouvoir la faire financer. Une autre crainte que l'on peut formuler à cet égard est la multiplication des réseaux par pathologie, voire par type d'assurance mutuelle, des réseaux à plusieurs vitesses. Trop de réseaux tuant alors le réseau et remettant en cause le principe de l'égalité d'accès aux soins.

L'expérimentation en cours a donc des enjeux importants, il y a bien à l'œuvre des reconfigurations de l'espace de santé et de l'espace social.

DARES : Connaissance et communication, Conditions d'une efficacité de la production de service

RAPPORT FINAL DE LA RECHERCHE

CONCLUSION

***VERS UN NOUVEAU MODELE PRODUCTIF
DE SERVICE***

L'expérience que nous venons d'analyser dans le cadre du réseau Ville-Hôpital nous conduit assez naturellement à nous interroger sur la possibilité d'une généralisation du modèle et donc à poser la question de l'émergence d'un nouveau modèle productif de service. Il ne s'agit pas au terme de cette recherche de poser des conclusions définitives, l'expérience analysée étant circonscrite à un lieu donné (un hôpital dans une ville de taille moyenne), un secteur d'activité (la santé et plus particulièrement des maladies lourdes et durables). Toutefois, l'expérience suggère des pistes et des hypothèses, qui mériteraient d'être approfondies et confrontées à d'autres terrains d'observation.

1. Un modèle organisationnel adapté à une problématique de service global

Le modèle que nous avons observé nous semble tout d'abord adapté à des problématiques où la question de ce que nous avons appelé « le service global » est une dimension stratégique de la dynamique du service. Nous pouvons rappeler que ce concept de service global signifie que, du point de vue du client, la réalisation d'une fonction donnée ou d'un besoin identifié se réalise :

- 1°) dans une combinatoire d'actes de nature différente, mais complémentaires entre eux afin que la solution soit complète et dans une large mesure acceptable.
- 2°) dans une situation où tous les actes ne s'imposent pas de manière absolue, mais restent le résultat du choix du client. Celui-ci a la possibilité d'activer à un degré plus ou moins élevé tel ou tel sous-ensemble de l'offre, de réaliser par lui-même certains actes (il est acteur de sa solution), et ceci de manière changeante dans l'espace et dans le temps.

Autrement dit, la notion de service global combine deux dimensions différentes :

- une dimension de combinatoire d'actes réalisés par des offreurs différents,
- une dimension d'autonomie du client, qui a une fonction active en relation avec l'ensemble des offreurs, il co-construit la solution qui l'intéresse, en utilisant tout un ensemble de potentialités.

Cette problématique du « service global » nous semble pouvoir concerner d'autres types de fonction de service où existent des possibilités de combinatoire importantes. Il en est ainsi dans les domaines de la formation, de l'éducation ou de la culture, et des services de proximité.

2. Un modèle organisationnel adapté à une combinatoire de métiers et d'autonomie

La réalisation du service global suppose la présence de plusieurs métiers, chacun ayant ses caractéristiques propres, ses routines et ses modes opératoires, qui doivent de plus évoluer et se développer. Dans cette configuration, chacun doit réaliser son métier dans des conditions d'efficacité, mais doit également intégrer sa problématique individuelle dans une problématique collective, condition de l'acceptabilité par le client. Ce modèle permet donc de combiner l'autonomie de chacun et le caractère collectif de l'association des actes. De plus, chaque acteur n'est pas contraint de réaliser toute son activité dans le cadre du réseau, il peut (souvent même il doit) conserver des activités extérieures au réseau. Il y a donc là un degré d'autonomie important pour chaque acteur.

3. Un modèle organisationnel adapté à un développement de la responsabilisation et à l'association de « professionnels indépendants »

L'organisation d'un tel réseau d'actes permet également de développer une incitation par la responsabilisation directe de chaque acteur. En effet, chacun est et reste un « professionnel indépendant¹ », notamment pour certains dans un mode de fonctionnement de type « professions libérales », particulièrement présents dans certaines activités. Ce modèle de « professionnels indépendants » peut devenir un « idéal-type », certes non généralisable à toutes les activités et à tous les métiers, mais possible dans des configurations nouvelles, où l'individu indépendant et seul atteint rapidement des limites, à la fois dans sa relation aux clients et dans le contenu de son offre. Une organisation de type industriel est sans doute envisageable, car des entreprises peuvent tout à fait intégrer dans un ensemble cohérent les différents actes à accomplir, mais elle ne produirait sans doute ni la même dynamique pour les acteurs producteurs, ni le même service rendu au client.

¹ La notion d'indépendant ne préjuge pas du statut juridique de l'entreprise. Le contrat qui relie les acteurs n'est pas de type financier (participation au capital social), et les statuts juridiques en présence peuvent être assez différents.

4. Un modèle organisationnel adapté à la gestion de l'aléatoire et du singulier

Dans une certaine mesure, le modèle organisationnel qui se cherche semble adapté à des situations où le singulier (chaque client a des spécificités extrêmement fortes) est très présent et où l'aléatoire est également une donnée forte (on ne peut pas anticiper l'évolution du client, évolution objective, comme dans le cas de la maladie, mais également subjective, comme dans les choix de vie possibles)². Cette dimension singulière et aléatoire est de plus liée à la liberté de choix du client ou du bénéficiaire.

La question que nous avons évoquée plus haut sous le thème de l'enrôlement nous paraît de ce point de vue tout à fait fondamentale. Le réseau « enrôle » effectivement les acteurs au moment où on en a besoin, dans les conditions où on en a besoin, dans les temporalités nécessaires. Ces formes de flexibilité sont-elles efficaces ?

L'analyse de l'expérience peut parfois faire penser à des modes d'enrôlement qui existaient autrefois dans certains métiers (avec certes des différences). On peut prendre l'exemple des dockers pour le déchargement du bateau, avec à la fois singularité dans les marchandises à décharger, et aléas dans la fréquence d'arrivage des bateaux au port. La similitude ne doit sans doute pas être poussée trop loin, notamment le contrat d'intervention (dans le cas du bateau, il s'agit d'un contrat de travail) n'est pas strictement le même, la possibilité de trouver une activité ailleurs dans le même métier n'est pas non plus identique.

La réflexion sur le concept « d'enrôlement » nécessiterait des approfondissements, mais l'hypothèse peut sans doute être formulée que, dans le modèle productif de ces services, la nécessité d'un enrôlement singulier puisse se développer. Le travail intérimaire, dans un contexte différent, a déjà montré l'efficacité de ces formes d'enrôlement passager et singulier.

L'analyse des conditions d'intervention et de travail dans cet hypothétique modèle émergent serait évidemment à approfondir. Ce nouveau modèle peut être analysé comme une rupture par rapport au modèle du salariat traditionnel, il s'agit d'instituer en quelque sorte une forme de « quasi salariat ».

² Cette dimension de singularité et d'aléatoire est souvent présente de manière très fine dans l'expérience analysée. L'analyse de la trajectoire du patient est de ce point de vue très riche, car la méthode « ethnographique » montre la variété des situations rencontrées, alors que des analyses trop macroscopiques du travail peuvent passer à côté de ces dimensions.

5. Un modèle organisationnel qui favorise des économies de réseau particulièrement en minimisant les coûts de la coordination

Dans un tel modèle, la gestion du singulier et de l'aléatoire représente une contrainte majeure en termes de gestion, on est loin de l'industrie de masse ou du service standardisé. Le réseau apparaît alors comme un mode de pilotage qui permet d'économiser les coûts de la coordination. Dans le modèle traditionnel de l'entreprise, la coordination est essentiellement un processus interne, impliquant un rôle fondamental de la hiérarchie, des routines et des procédés. L'organisation en réseau va permettre la mise en relation d'acteurs et d'activités de métiers différents, avec à la fois un objectif commun et des objectifs spécifiques. Cette mise en relation met en évidence les problèmes de coordination, le réseau résout cette question en organisant une instance de coordination et en incitant chaque acteur concerné à l'internaliser. Autrement dit, la coordination devient un processus interne, explicitement reconnu et un processus qui est intégré directement par chaque acteur mobilisé. Cette intégration implique une modification des comportements, des temps liés à cette coordination, des transferts d'informations et de connaissances. Les coûts de la coordination deviennent explicites et en même temps le coût total de la coordination devient plus faible relativement au modèle antérieur où l'entreprise internalise la totalité des coûts. Pour les acteurs, cette participation au réseau signifie également la nécessité de passer d'un modèle de production « indépendant » à un modèle où une dimension collective est présente.

Si certains coûts de la coordination sont acceptables pour les acteurs concernés, c'est aussi que par ailleurs ils tirent des avantages du réseau. Ces avantages ne sont pas seulement dans le domaine d'un surplus d'activités³ (de chiffre d'affaires), ce sont surtout des avantages en termes de connaissances du client et de l'évolution de ce client, en termes de connaissances dans le métier, de possibilités nouvelles d'apprentissage et de définitions de procédures.

La difficulté de ces dimensions tient au fait que la comparaison entre les coûts subis et les avantages n'est pas simple, ni immédiate. Le réseau n'apporte pas un avantage à court terme, il le permet sur la longue période.

Analysé du point de vue des acteurs participant à l'offre, le réseau se présente comme un nouveau modèle organisationnel de l'activité de chacun et de la coopération entre ces activités en minimisant les coûts et en offrant des avantages annexes en terme de métier.

D'une manière générale, la mise en réseau d'acteurs indépendants et d'actes singuliers conduit à des avantages spécifiques, qui tiennent à l'intégration d'activités qui dans le passé existaient de manière non reliées, parfois difficiles à mobiliser pour le client, sans aucune cohérence entre elles, sans une prise en compte de la notion de service, dans la mesure où chaque acteur se mobilisait sur l'acte à accomplir et non sur le résultat pour le client.

6. Un modèle organisationnel adapté à une production combinée de logique marchande, de logique publique et/ou de logique associative

L'expérience analysée nous conduit également à suggérer une autre piste de réflexion que le modèle peut apporter : c'est celle de la combinatoire productive de logique marchande, publique et associative.

D'une manière générale, l'analyse de l'évolution de certains services (les services privés à forte dimension collective)⁴ conduit aujourd'hui à une interrogation forte sur la manière de produire ces services. La forme traditionnelle de service public, identique quels que soient le lieu et le bénéficiaire n'apparaît pas toujours adaptée (le citoyen n'est pas un prototype unique). Des dimensions sociales sont présentes, ce qui implique également la présence de logiques associatives et de logiques locales. La dimension «privée » n'épuise pas la totalité du service, les aspects collectifs, les externalités doivent être pris en compte. Ceci implique donc la nécessité d'associer des logiques de production différentes, des acteurs qui ont des objectifs différents, comme des métiers différents.

L'observation du mode de fonctionnement du réseau conduit à montrer qu'il y a des possibilités de « marier » ces différentes dimensions, tout en ayant un aspect de volonté publique (de politique publique) affirmée, permettant de conserver la dimension collective et publique au centre du modèle.

Deux conditions nous semblent nécessaires pour que les dimensions « privées », d'une part, et que les dimensions « collectives, sociales », d'autre part, soient présentes en permanence dans des processus sans doute complexes et délicats d'équilibration :

1°) La première condition est que l'activité de coordination intègre cette dimension collective, sociale, publique. Elle agit alors comme garant et comme principe de régulation, même si celle-ci se fait par ajustements mutuels et consensus.

Dans le cas du réseau Ville-Hôpital, l'implication des acteurs porteurs de cette dimension collective est assurée, d'une part, par la présence de l'association créée et animée en permanence par des représentants de l'hôpital public et particulièrement d'un médecin intégré dans cet hôpital et, d'autre part, par l'embauche par l'association de l'équipe de personnels qui réalise concrètement la coordination, mais qui reste dans une position subordonnée par rapport à l'association et à son représentant. De plus, le fait que les coûts liés à l'association soient financés pour une part importante par des fonds publics renforce cette dimension.

³ Nous avons montré plus haut que pour certains acteurs ce surplus d'activité n'est pas souhaité, hors du réseau la demande est suffisamment forte.

⁴ Barcet A., Bonamy J., 1999, "Local Services : Conditions for the Development of the Market", *The Service Industries Journal*, January 1999, Vol.9, n°1

2°) La seconde condition est que la structure « commune », nœud de la coordination, reste légère, sans pouvoir de coercition, de manière à laisser suffisamment d'autonomie et d'initiative. Son rôle est non pas d'exercer un pouvoir, mais bien de coordonner des dimensions multiples.

Ce modèle organisationnel du réseau Ville-Hôpital peut être analysé comme porteur d'un renouvellement de la notion de « service public ». Certaines de ses dimensions paraissent en effet pouvoir présenter une alternative aussi bien au service public bureaucratique et centralisé qu'à la privatisation du service public dans une logique totalement marchande. Il conjugue en effet plusieurs dimensions :

- développer un service véritablement personnalisé, tenant compte de la spécificité de chaque usager, dans ses dimensions personnelles, familiales, d'insertion locale et aussi institutionnelle
- développer un service flexible, adaptable, répondant à des mutations rapides et souvent difficiles à prévoir
- développer la responsabilisation des acteurs, qui, par leur « statut » d'indépendants et surtout de « professionnels » assureront une efficacité d'intervention
- développer la coordination d'intervenants aux métiers différents, favorable à l'obtention d'un service global multidimensionnel répondant aux caractéristiques spécifiques de chaque client et de chaque bénéficiaire.
- Organiser une régulation du système et surtout une garantie de la dimension sociale et collective, garantie apportée par l'instance de coordination, elle-même liée à une tutelle publique.

L'analyse que nous venons de faire de l'émergence possible d'un nouveau modèle de production de service à dimension collective nous conduit à revenir sur d'autres expériences que nous avons déjà eu l'occasion d'analyser⁵, et particulièrement sur la question des services de proximité. Ces services ont connu ces dernières années un succès mitigé. Le modèle de l'économie solidaire⁶ développée dans des réflexions de type sociologique montre une difficulté réelle à se mettre en place. Si, dans la réalité sociale et locale, le « tiers secteur » a incontestablement une réalité sociologique, le modèle de travail et de production qu'il implique se met difficilement en place et n'arrive pas à proposer une alternative plausible⁷, faisant référence face au modèle marchand ou au modèle de service public bureaucratique. Or, le modèle du réseau Ville-Hôpital nous semble

⁵ Barcet A., Bonamy J., 1999

⁶ Le modèle d'économie solidaire a été débattu et défini dans plusieurs publications, on peut consulter particulièrement : Laville, J.L., 1992, *Les services de proximité en Europe : pour une économie solidaire*, Syros
Laville, J.L., 1999, *Une troisième vie pour le travail*, Desclée de Brouwer

Lipietz, A., 2001, *Pour un tiers secteur, l'économie sociale et solidaire*, La Découverte

⁷ Ce jugement est sans doute rapide, il nécessiterait des éléments d'analyse plus développés

suggérer que deux questions essentielles n'ont pas encore trouvé de solution dans les services de proximité : la question de la professionnalité et celle du garant.

La question de la professionnalité est souvent abordée dans la plupart des études, des rapports et des ouvrages sur les services de proximité. Dans l'expérience du réseau ville hôpital le modèle de professionnalité existe de manière préalable au réseau. Il s'est essentiellement développé dans l'expérience de l'hôpital et donc dans la construction longue et historique des professions de santé. Dans le modèle de l'économie solidaire, il y a en quelque sorte une inversion, dans le sens où une fois le service de proximité créé, il faut alors développer la professionnalité des acteurs par la formation. Evidemment, il ne s'agit pas de nier le rôle de la formation pour permettre à des individus d'accéder à une compétence professionnelle. La question est en fait plus difficile et en quelque sorte plus radicale, il s'agit en effet de « construire » les dimensions professionnelles de ces métiers. La question est donc celle de l'ingénierie de l'offre, de la conception de l'offre elle-même et donc de la définition de chaque activité et de la coordination de ces activités. L'avantage de l'expérience du réseau ville-hôpital par rapport à certains services de proximité, c'est d'abord de pouvoir s'appuyer sur des expériences professionnelles anciennes, garantes d'une certaine qualité des actes, ayant des procédures validées. Le réseau ville-hôpital peut alors, en s'appuyant sur ces dimensions historiques développer sa spécificité portant sur l'ingénierie de coordination d'activités différentes. Dans les services de proximité, ce sont les deux dimensions qu'il faut développer à la fois, parfois la dimension de coordination est présente mais la dimension métier est absente. Ce handicap des services de proximité n'est sans doute pas insurmontable. Une condition de succès nous semble donc porter sur les exigences dans la conception du service lui-même, la définition des processus et des activités, les critères d'efficacité et de qualité des processus, alors seulement la formation pourra prendre le relais pour mettre en place concrètement les processus de travail.

La seconde question est celle du garant et donc implicitement de la tutelle. Dans l'expérience du réseau ville-hôpital, il y a en fait un système de garantie et de tutelle multiple. L'association est le premier niveau de garantie, or la particularité de cette association est à la fois de fédérer les professionnels, mais aussi d'être liée à l'hôpital qui donne non seulement une sorte de garantie morale, mais aussi professionnelle notamment dans le respect d'une déontologie et de procédures de qualité. Un second niveau de garantie est assuré par la tutelle financière et par l'audit de qualité (missions de l'ARH et de l'ANAES). Dans le cas des services de proximité, l'association ou l'organisme qui organise le service n'est pas adossé à un opérateur référent apportant une garantie aux activités, et la tutelle ne porte que sur la dimension financière. La question qui semble donc se poser est, au-delà de la tutelle financière liée essentiellement à l'obtention des subventions, de faire émerger une garantie professionnelle et une garantie morale assurant que la dimension sociale et publique reste présente.

Enfin, le modèle analysé dans le réseau a une dimension de démocratie, non négligeable, bien qu'à développer, qui paraît aussi un des enjeux futurs de nos sociétés. En effet, les acteurs concernés peuvent être (et sont) directement associés à la prise de décision, à l'orientation du réseau et à sa dynamique future. L'émergence d'un mode d'évaluation constructive et pluraliste permet l'intégration d'une certaine démocratie directe. Il s'agit d'une dimension intéressante, bien que difficile, pour la dynamique économique et sociale future.

On peut donc estimer que dans l'expérience analysée, certaines conditions sont incontournables pour assurer à la fois la dimension privée et la dimension publique et sociale du service rendu.

7. Conclusion

Les dimensions du « modèle productif émergent » ne sont peut-être pas toutes nécessaires au même degré, rien ne nous dit que toutes ses dimensions ensemble sont totalement cohérentes les unes avec les autres, des éléments de cohérence nous semblent émerger. Si tel est le cas, l'ensemble peut former un système, devenir porteur d'un nouveau modèle de production de service, d'un service global pour le client, d'un service à forte dimension privée, mais qui a aussi des dimensions collectives et sociales intégrées.