Réseaux de soins, réseaux de santé : culture prométhéenne ou libertL de l'impuissance

Autor(en): **Rossi, Ilario**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Tsantsa : Zeitschrift der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft = revue de la Société suisse d'ethnologie = rivista della Società svizzera d'etnologia**

Band (Jahr): **7 (2002)**

PDF erstellt am: **27.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-1007435

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Réseaux de soins, réseaux de santé

Culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance

Ilario Rossi

La santé constitue aujourd'hui un «objet autonome» (Hours 2001: 6) au cœur du questionnement anthropologique. Devenue valeur de référence, elle se définit comme une construction socialement et politiquement élaborée dont les limites sont constamment rediscutées: la santé est à la fois un «enjeu de société et un analyseur du social» (Fassin 2001: 35). Ce processus se déploie dans un contexte sans précédent dans l'histoire de l'humanité. En effet, nous sommes actuellement les témoins aussi bien que les acteurs de mutations inédites et fondamentales: la mondialisation en cours, qui se caractérise par l'émergence simultanée de diverses innovations sociales et culturelles – la globalisation des économies, la révolution technologique, l'accélération de l'urbanisation ou encore le phénomène des migrations généralisées – s'accompagne d'un changement de références considérable. Cette évolution transforme la logique de l'offre et de la demande des soins en ce qui concerne leur organisation et leur distribution, et voit apparaître de nouveaux acteurs qui légitiment et contrôlent ces transformations. En Suisse, la loi fédérale sur l'assurance maladie définit le cadre des restructurations et modifie progressivement les stratégies d'intervention des professionnels. Cet état de fait appelle une analyse des fins politiques, éthiques et culturelles sous-jacentes et une mise en perspective de l'économie politique helvétique des soins.

Economie, systèmes de santé et prestataires de soins

Toute pratique médicale est indissociable des réponses qu'elle doit fournir. En ce sens, la recherche d'efficacité thérapeutique s'accompagne d'une nouvelle exigence, celle de l'efficience de la pratique médicale, où à chaque stratégie d'intervention est aussi assignée une valeur

financière (Cochrane 1997). C'est en partant de cette logique que se déterminent les rapports réactualisés entre monde de la santé et monde économique. De plus, les professionnels de la santé sont confrontés à des changements épidémiologiques et nosographiques notables, avec l'émergence de maladies dites «de civilisation» comme les troubles psychosomatiques, les troubles d'adaptation, les troubles gériatriques, la dépression, la souffrance psychique, les maladies dégénératives ou les maladies chroniques. Ces maladies devraient amener les pays occidentaux, au cours des prochaines décennies, vers ce que l'on nomme déjà le *global burden of disability*, à savoir le fardeau global de l'invalidité ou de l'incapacité, dans un contexte de mobilité et de précarité croissantes, marqué par des clivages économiques et sociaux toujours plus accusés (Rossi 2000).

Dans ce contexte, et depuis les années quatre-vingt, les pays occidentaux et leurs gouvernements ont entrepris de réformer leurs systèmes de santé, dans le but de promouvoir un changement structurel qui passe par un réexamen des efforts et des stratégies politiques et économiques en matière de soins. Ces programmes se sont traduits par l'application progressive d'un nouveau mode d'organisation – le *management care* et le *management disease* – à l'ensemble des institutions de soins (Beresniak et Duru 1998; McKee et Healy 2002), conduisant à réglementer plus strictement les comportements des principaux acteurs du secteur de la santé.

En Suisse, l'obligation de maîtriser globalement les ressources a été établie par la Loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (LAMal), assurance obligatoire qui est également dite «sociale» ou «de base» (CAMS 2001). Cette réforme repose toutefois sur un «agencement complexe qui doit essayer de concilier efficacité, liberté et solidarité» (Kiefer et Schaller 2001: 46). Ce qui signifie que face aux coûts de la santé, nous nous trouvons confrontés à l'obligation de faire des choix mais aussi de nous référer à des valeurs à préserver (Junod 2001; OFAS 2002). Le contrôle des ressources financières doit ainsi respecter un certain nombre de conditions définies par la société – satisfaction des besoins, accessibilité, solidarité, équité, règles éthiques – sans lesquelles il serait impensable de conjuguer médecine, soins, économie et politique.

La LAMal se présente comme une cohabitation «forcée» entre marché et planification, dont la finalité est la sauvegarde de l'équité du système de santé et le respect des valeurs qui lui sont associées par la collectivité. Ce «choix de société» doit pourtant tenir compte des impératifs induits par la globalisation des économies. Ainsi, la nouvelle loi sur l'assurance-maladie a renouvelé les principes et promu les pratiques de concurrence, de compétitivité et de rationalisation économique sur le marché de l'assurance-maladie et entre les prestataires de soins, aussi bien publics que privés[1].

La vision développée par la nouvelle loi se veut la conciliation parfaite entre rationalité économique – gestion des coûts – et rationalité médicale – efficacité éprouvée par des interventions standardisées. Or, à la lumière des nouvelles orientations épidémiologiques et des enjeux contemporains liés à la santé, il semble plutôt qu'il existe un hiatus entre les pratiques prescrites et les pratiques réelles. De fait, ce décalage est connu et des stratégies politiques en santé publique censées œuvrer aux changements organisationnels des institutions et des prestataires de soins sont en cours. Elles portent le nom de réseaux de santé ou réseaux de soins et mobilisent actuellement des efforts importants.

Nous assistons depuis à une prolifération des réseaux dans le système de santé. Qu'ils soient locaux, nationaux ou internationaux, partout leur émergence semble répondre aux visions révolutionnaires imposées par l'évolution des connaissances neuro-biologiques et technologiques. C'est ainsi que l'étude du cerveau et autres *hardware* et *software* transforment par émulation les pratiques de la santé. Ces nouvelles formes d'organisation impliquent d'une part une forme d'expertise ou d'intelligence collective du système

[1] Les institutions de soins ont réagi aux inductions de la réforme (OFAS 1996). Pour s'ajuster à la nouvelle logique d'allocation financière, on a introduit, au plan institutionnel, la réduction des dotations, la diminution des durées de séjour des patients dans les hôpitaux et un renouvellement administratif du mode de paiement et des systèmes d'assurances.

et d'autre part un choix limité de fournisseurs de prestations. Les objectifs sont explicites: coordonner les prestations pour mieux contrôler les dépenses, et créer de nouvelles références en matière de droits et devoirs des professionnels et des patients. Les réseaux se profilent ainsi comme une solution possible à la crise des systèmes de santé et aux défis induits par les changements épidémiologiques. Parmi les multiples expériences, deux exemples offerts par le canton de Vaud – chaque canton est responsable de l'application des directives fédérales – illustrent les enjeux qu'ils véhiculent[2].

Réseaux de santé, réseaux de soins

Le réseau de santé FARMED[3] vise, dans le cadre de la LAMal, à contrôler les coûts de la santé de la population des requérants d'asile résidant dans le canton, tout en garantissant une qualité optimale des soins. Pour cela, il prend en considération certaines caractéristiques de cette population – statut social en Suisse, méconnaissance du système de soins, différence culturelle, traumatisme de guerre, trajet de migration, sentiment de précarité, désœuvrement, etc. Il propose les prestations suivantes: accueil, orientation et conseils fournis par les services infirmiers, encadrement et suivi par les médecins et par les organismes de premier recours. Parallèlement, il promeut une interaction renforcée entre tous les acteurs du réseau et une formation à l'intention de tous les intervenants. Cette structure correspond au modèle du *gate keeping*, accès aux soins sélectionné sans nuire à la qualité de la prise en charge. Le réseau forme de fait un ensemble de compétences bien particulières, tout en promouvant la coopération structurée. Cette diversité professionnelle et institutionnelle est appelée à donner des réponses cohérentes à une clientèle migrante hétérogène. Parallèlement, les demandes, les besoins et les ressources des personnes et des communautés concernées varient en fonction de leur provenance, du lieu d'accueil qui leur est assigné, de leur trajectoire et du sens qu'elles donnent à la santé et à la maladie.

Dans cette perspective, on a pu assister au passage progressif de réseaux informels créés par des professionnels du terrain s'occupant des patients migrants à des réseaux de santé formels proposés par l'Etat et s'occupant des communautés migrantes. La différence entre ces deux optiques est sensible. Si dans le premier modèle, centré sur l'individu migrant, la solidarité sociale et la prise en charge socio-sanitaire préexistent à toute décision d'organisation, reproduisant la structure même d'un système libéral de santé basé sur un marché libre, dans le second cas, l'intérêt structuré et organisé du réseau est centré sur une problématique collective et procède de la réunion et de la collaboration d'acteurs d'origines diverses; sa constitution, dès lors, exige un travail de longue haleine, pouvant porter sur plusieurs années. La réalisation d'un réseau de santé dépend ainsi de la spécificité de son ancrage et de son rôle dans la société à laquelle elle fournit ses services. Plus précisément, la situation d'une région, d'une ville ou encore d'un établissement sanitaire – aussi bien public que privé –, détermine les orientations institutionnelles, la structure des soins, la proportion des patients migrants, les modalités de collaboration au sein d'un réseau, l'intérêt des professionnels pour les problématiques traitées. Ces conditions peuvent être mises en place notamment à travers les formations continues propres à ces réseaux[4] (Rossi 1999). Le réseau FARMED apparaît donc comme la clé de voûte d'un processus de changement de culture professionnelle. Cette option est aussi présentée comme la réponse à une exigence de qualité par certains cercles de la pratique médicale (Ridsdale 1995). Ce qui implique la mise en place d'une plate-forme cognitive et opérationnelle grâce à laquelle les résultats des recherches menées aussi bien par les sciences médicales que par les sciences humaines et sociales peuvent se combiner de manière cohérente et struc-

[2] Le Centre de documentation en santé publique à Lausanne fournit une excellente documentation sur les réseaux. Son site web: http://www.hospvd.ch/chuv/bdfm/cdsp/

[3] FARMED (FAR pour FAREAS – Fondation pour l'accueil des requérants d'asile – et MED pour partenaires médicaux d'un réseau de santé ambulatoire) est né sous l'impulsion de l'Etat de Vaud en 1998. Il comprend plusieurs institutions publiques et privées (Etat de Vaud, Société Vaudoise de Médecine, Assurances maladie, Service de la Santé Publique, FAREAS du canton de Vaud). Participent à ce réseau plusieurs institutions publiques et privées, des associations, des médecins généralistes. Pour plus de renseignements: http://www.hospvd.ch/public/ise/home.htm

[4] De caractère interactif et multidisciplinaire, elles portent sur des thématiques transversales et imposent un véritable changement pédagogique, aussi bien en termes de définition des objectifs – créer des références

turée, tout en tenant compte de la difficulté de conjuguer des traditions théoriques distinctes, des méthodes et des finalités différentes (Rossi 1997).

Le deuxième exemple concerne les réseaux de soins, terme utilisé pour désigner toute forme d'organisation, même informelle, entre au moins deux producteurs de soins. L'expérience des Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire (NOPS)[5] du canton de Vaud est à ce titre éclairante. Au sens des NOPS, un réseau de soins est un dispositif de coopération volontaire mais structuré, doté d'une instance commune de direction qui engage les membres. Ainsi, selon l'article 2a de la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES), «un réseau de soins est un regroupement volontaire d'établissements sanitaires et d'autres fournisseurs de prestations. Ses membres poursuivent des objectifs partagés en matière de gestion des ressources et de prise en charge. Le réseau de soins a la personnalité juridique» (NOPS 1997). En ce sens, il doit offrir une gamme complète de prestations – activités préventives, curatives, palliatives, médico-sociales, de réadaptation – aussi bien dans le domaine somatique que psychiatrique. Pour garantir ces prestations, les réseaux de soins regroupent des institutions de prévention et de soins à domicile, des institutions de psychiatrie, des établissements médico-sociaux, un ou des hôpitaux de soins généraux ou spécialisés, un ou des centres de réadaptation accrédités tout en établissant des collaborations avec les praticiens privés[6].

Les stratégies adoptées relèvent d'applications structurelles spécifiques autour de plusieurs axes, respectivement le développement de conditions de coopération optimale, la gestion de projets impliquant la création et le développement des réseaux, l'acquisition de techniques de gestion dans le travail clinique et thérapeutique ainsi que la maîtrise de la conception et la mise en œuvre de stratégies de développement des réseaux de soins (Huard et Moatti 1995; NOPS 1997, 2000).

D'un point de vue stratégique, les réseaux de soins privilégient trois principes. Une forte articulation entre les outils conceptuels d'analyse et leur application, un recours systématique à la formation pour harmoniser les niveaux et des échanges interprofessionnels pour améliorer la connaissance mutuelle des divers acteurs. Dans ce contexte, les réseaux de soins ont aussi comme objectif un changement de «culture professionnelle» qui puisse aider les participants à renforcer leurs compétences afin d'analyser au mieux les situations, d'identifier les problèmes, de concevoir et de mettre en œuvre des solutions. Les conditions de leur mise en place relèvent de trois catégories: techniques (les moyens), sociales (les avantages et les désavantages) et culturelles (les changements de représentations) (Huard et Moatti 1995).

Entre contraintes et innovations, les réseaux modifient des savoirs et des pratiques en intégrant dans les stratégies professionnelles de nouveaux dispositifs de fonctionnement – la rationalité économique, la rationalité médicale et les nouvelles technologies – tout en promouvant un modèle de coopération qui relève d'une idéologie que l'on pourrait définir de prométhéenne. En effet, Prométhée, si l'on se réfère à l'étymologie, est celui qui sait anticiper; par la supériorité de son savoir, il est l'incarnation la plus achevée de la raison. Mais en même temps, il renvoie au danger du dépassement des limites, au paradoxe que toute action véhicule en elle.

Professionnels de la santé, usagers des services et réseaux

Appelés à être les acteurs de ces réformes, les professionnels de la santé ont été dépassés par des transformations introduites à un rythme accéléré. De manière générale, il n'y a pas eu d'efforts planifiés pour expliquer les objectifs et

communes et promouvoir la collaboration entre les acteurs –, qu'en termes de découpage des séquences de formation – consolider l'acquis et faciliter les échanges d'informations. Une telle formation est censée mettre en scène l'articulation entre théorie et pratique clinique, en développant la réflexion sur deux niveaux distincts: le système de soins face à la migration d'une part, la migration face aux systèmes de soins d'autre part.

[5] Pour tout renseignement, voir Forum documentaire NOPS: http://www.nops.vd.ch/

[6] Les réseaux sont censés évoluer dans le temps; tout d'abord «apprenants», ils visent dès leur création un fonctionnement de plus en plus coordonné et en même temps autonome. Par la suite ils deviennent «exploitants», en assumant l'ensemble des responsabilités financières et administratives.

les priorités des réformes[7]. Par ailleurs, le manque d'information s'accompagne d'une modification de pratiques qui n'est pas toujours souhaitée. Pour les soignants et les médecins, ces réformes sont souvent perçues comme un changement imposé et dramatique. Ils ont vu leur autonomie considérablement réduite, étant désormais concurrencés et souvent évincés aussi bien dans leurs choix de planification que dans leurs activités de gestion par des administrateurs et des économistes. L'introduction progressive des nouvelles technologies comme instrument de pratique professionnelle (gestion des dossiers, administration du travail) passe par la maîtrise de l'informatique. Le travail se modifie, l'acte médical se double d'une saisie de données, la relation soignante intègre l'ordinateur. L'espace de liberté est restreint, les contraintes de plus en plus importantes, le sens et l'éthique professionnelle souvent en déroute. Les réseaux deviennent opérationnels surtout dans des situations de crise, face à l'obligation de dénouer des situations inextricables, de clarifier des rôles et des fonctions, ce qui demande un investissement considérable.

L'ampleur des modifications confirme les hiatus profonds entre valeurs professionnelles et orientation du marché (Ham 1997). Face aux innovations de la coopération, les motivations et les implications diffèrent, les conflits d'intérêt augmentent. Une illustration de ces propos nous est données par l'affirmation du rôle de l'infirmier·e de «liaison», responsable d'aiguiller le patient dans le réseau et d'assurer la cohérence de l'offre de soins. Leur fonction clé et leurs compétences octroient à ces professionnel·le·s émergent·e·s une autorité nouvelle dans le cadre des collaborations interprofessionnelles, leur permettant notamment d'argumenter avec des médecins. Mais, en même temps, elles enlèvent à l'ensemble des infirmier·e·s cette capacité d'écoute, de connaissance du patient et de son entourage, cette capacité d'analyser les situations et d'y donner des réponses en termes de soutien, de conseil et d'information qui constituaient une des qualités spécifiques des soins infirmiers. Dans le souci de rationaliser les compétences au sein des réseaux, cette tâche relève désormais des attributions du personnel de liaison. Une volonté d'améliorer la coopération interprofessionnelle induit dès lors une spécialisation supplémentaire au détriment d'une approche globale.

La mise en œuvre des réseaux n'obéit pas, selon les lieux de travail et les professions, aux mêmes règles de fonctionnement et d'adéquation (Lafaye 1996). On remarquera une meilleure collaboration dans les régions périphériques – où les professionnels se connaissent tous – que dans l'aire urbaine – où souvent des réseaux élitaires et autocentrés fonctionnent dans l'indifférence générale.

Louables par les principes qu'ils véhiculent, les réseaux tendent à se dégonfler à l'épreuve des faits. Dans le sillage, nous assistons ainsi à une dégradation des conditions de travail et du statut des professionnels (Junod 2001). Les réformes proposées par les réseaux, qui ambitionnent de renouveler positivement les identités des professionnels de la santé, contribuent à leur effritement progressif et risquent de devenir les responsables de leur dissolution. De fait, derrière le pluralisme professionnel convoqué dans la coopération, derrière la pluralité des savoir-faire valorisés, resurgissent les traditions, les distinctions et les dispositifs idéologiques qui permettent de délimiter des territoires, de s'enfermer dans des rôles prédéfinis. Toute différence professionnelle implique une différence hiérarchique. L'appel au changement et à la participation active s'est fait sur la base de l'escamotage des distinctions sociales et professionnelles, des potentialités personnelles et professionnelles spécifiques. En ce sens les relations entre médecins spécialistes et médecins généralistes, entre médecins et infirmier·e·s ou encore entre infirmier·e·s et aide-soignant·e·s sont éloquentes. Or, comment réformer les systèmes de santé sans œuvrer à en réformer les acteurs? Comment concrétiser des aspirations aussi intéressantes et nécessaires – coordination, coopération – sans faire évoluer les mentalités, solidement

[7] Cet état de fait concerne notamment les infirmières. Pourtant, ce constat ne peut pas être généralisé: selon les lieux de travail, la compréhension des enjeux et l'adaptation aux réformes varient (Spitzer et FORESO 2002).

implantées? Et l'on ne se réfère pas simplement ici aux différentes positions, normes et manières de travailler. Il s'agit de promouvoir une analyse des processus de la relation à l'autre, de l'altérité que tout sujet doit reconnaître pour aménager sa propre identité. Le facteur humain – le plus arbitraire, le plus impondérable, le moins rationnel – reste le plus pertinent dans la mise en œuvre d'un réseau, mais aussi le moins quantifiable.

C'est également le facteur humain qui explique la difficulté que l'on rencontre à soumettre systématiquement les usagers des services aux logiques de l'efficience, même coordonnées. Ce constat s'impose tout particulièrement lorsque l'on prend en considération les représentations et les pratiques que chaque individu développe face à sa souffrance physique et mentale, représentations et pratiques dont le sens ne peut être appréhendé qu'à travers la reconstitution du parcours biographique de la personne, les trames sociales dans lesquelles elle s'insère, les épisodes douloureux qu'elle a traversés, les liens qu'elle a créés dans ses réseaux d'appartenances et ses itinéraires thérapeutiques. De fait, le pluralisme médical (Rossi 1996, 2000) constitue le lieu constamment redéfini d'une réponse pratique et d'une recherche de signification face au mal qui frappe l'être humain. Le recours simultané à d'autres méthodes de prise en charge par les citoyens est une réponse sociale spontanée, un mécanisme d'autorégulation des usagers face aux standards cliniques de la normalité et de la rationalité. En ce sens, la logique de la distribution sociale des soins place le patient et son choix au centre de la problématique en lui permettant des comparaisons, des confrontations et des utilisations variées. C'est pourquoi elle obéit aujourd'hui moins à l'affirmation d'un modèle, celui de la médecine institutionnalisée, qu'à la multiplicité de ses expressions et références potentielles. Or il existe un hiatus entre les pratiques de la rationalité médicale et les pratiques des cheminements thérapeutiques des «patients», notamment dans le domaine de la chronicité et des maladies dites de civilisation (Massé 1997; Fainzang 1997). La conduite du «malade» est fonction de la logique interprétative à laquelle il adhère; celle-ci est souvent plurielle et il en découle des pratiques fragmentées et hétérogènes face à la santé et à la maladie ainsi que des rationalités étiologiques hybrides.

Celles-ci s'avèrent d'ailleurs souvent contradictoires: si nous devons considérer toutes les conduites jugées par les individus comme ayant une portée de soins, si nous devons porter notre attention sur les pratiques sociales qui participent à la construction d'une «efficacité», quelle définition donner en conséquence à la notion de thérapeutique?

Les procédés stratégiques des réseaux véhiculent ainsi des ambivalences importantes: d'une part ils proposent l'innovation et le renouvellement professionnel, d'autre part ils introduisent la norme et l'instrument technologique comme opérateurs de l'efficience. En ce sens, ils représentent aussi bien une véritable politique culturelle de la santé (*health policies*) (Fassin 2001: 9), ce qui nous renvoie aux pratiques prescrites – les réseaux comme solutions possibles à la crise du système et aux défis épidémiologiques –, mais en même temps ils représentent une «norme politique collective» (Hours 2001) qui transforme, au sein de la logique de l'offre et de la demande, les professionnels et les individus en sujets rationnels et normalisés. Les réseaux se présentent ainsi comme des approches utilitaristes de la santé; les pratiques réelles – résistances, inadaptation et conflits d'intérêt –, les propositions qu'ils énoncent, s'inscrivent dans un rapport à la fois symbolique et matériel au monde social, ce qui constitue le véritable socle culturel des réseaux. L'analyse des pratiques professionnelles au sein des réseaux ne saurait ainsi être dissociée d'un regard qui puisse nous permettre de comprendre le monde de la santé par le biais des innovations technologiques.

Les dangers qui guettent la santé ou les avatars de la technologie

Bien qu'une sensibilité et une prise en compte de l'humain semblent être de plus en plus importantes en médecine, l'action médicale participe à une modification importante de l'être humain. On le constate d'abord chez les professionnels de la santé eux-mêmes. En effet, les réformes en cours substituent progressivement les propriétés qualitatives (les compétences des individus, les relations humaines, la proximité et la durée qui permettent de saisir la complexité des patients, etc.) avec une démarche quantitative (fournir des actes de soins et mesurer, voire justifier ces actes). De cette manière, on contribue inéluctablement au fractionnement des actions de soins. La démarche quantitative partage «le faire» des infirmier·e·s, des paramédicaux, des laborantin·e·s, des médecins, des spécialistes, des psychiatres en une série d'opérations partielles, ayant chacune sa finalité. Le système technologique les réunira jusqu'à les légitimer comme un produit, la réponse thérapeutique, définie par un modèle d'efficience quantifié. En ce sens, les sujets impliqués dans un travail médical et de soins annulent leur propre spécificité et se transforment en instruments de la rationalité: la technique qui gère l'efficience devient *l'auteur* et le professionnel *l'acteur*. Désormais, ce ne sont plus les individus qui accomplissent des actions compétentes mais le monde de la compétence établie qui génère les actions des individus. Ce qui engendre paradoxalement un besoin de spécialisations de plus en plus importantes. Cette articulation des compétences définit en même temps le sens des pratiques: soigner des pathologies, définies par un diagnostic, signifie reformuler *a priori* – au nom de l'efficience – les éléments du projet thérapeutique, les interventions et leurs articulations, les médicaments à prescrire, la durée du traitement. Tout acte de soins ne dépendrait plus d'une relation mais des résultats prescrits: l'agir comme choix de finalités est substitué par le faire comme production de résultats (Galimberti 1999: 379). Etant donné que la responsabilité des modifications des actions soignantes et médicales revient au calcul rationnel de l'apparat technique, les professionnels qui opèrent comme «techniciens» dans ce système ne pourront pas modifier le système mais seulement le refléter. La technique médicale, d'outil et moyen indispensables à la pratique médicale, devient désormais le milieu dans lequel elle s'inscrit. Selon cette optique, la technologie s'affirme comme une entrave à la liberté de l'humain, une liberté de l'impuissance, et démontre l'impossibilité «technique» d'être autonome, de décider personnellement de sa propre action. Ce système totalitaire n'est pourtant pas totalisant, d'où l'impression de liberté qui perdure. De fait, la rationalité technologique ayant comme impératif la promotion de l'innovation – sous forme de progrès des connaissances, de renouvellement des pratiques, d'introduction de nouveaux médicaments, de formation, d'instauration de réseaux, etc. –, elle crée un système ouvert qui génère un éventail toujours plus large d'options.

Les implications en termes d'économie politique de la santé sont évidentes. Si dans la logique de l'offre et de la demande de soins, ce n'est plus l'identité professionnelle mais le rôle et la fonction qui sont déterminants, les politiques de santé n'auront plus pour finalité de gouverner des êtres humains mais des actions, des interactions, des structures, seule façon de rendre la complexité sociale compatible avec le calcul technique et les rationalités décrites (Galimberti 1999: 454). En ce sens, la gestion de la santé risque de transformer la technique de condition essentielle de la pratique médicale en cause de son asservissement. Ce qui impose à la médecine d'opérer un choix programmatique: être l'opérateur technique ou l'opérateur anthropologique, face à l'être humain souffrant.

Nous sommes ainsi confrontés à une

nouvelle définition des rapports de l'anthropologie aux constructions sociales et culturelles de la santé: une «anthropologie des systèmes et des politiques de santé publique constitue un champ de recherche privilégié pour approfondir l'analyse de l'articulation entre pouvoir médical et liberté individuelle, déterminisme politique et indétermination des agir préventifs, idéologies dominantes et résistances populaires» (Massé 2001: 61).

Dès lors, elle est appelée à s'orienter de plus en plus vers une réflexion sur les politiques et les systèmes de santé d'ici et d'ailleurs, en mettant en relief les relations entre les pratiques de santé, la production du savoir et la société civile.

Bibliographie

BERESNIAK Ariel et Gérard DURU
1998. *Economie de la santé*. Paris/Milan: Masson.

COCHRANE Archibald L.
1977. *L'inflation médicale: réflexions sur l'efficacité de la médecine*. Paris: Galilée.

CONCORDAT DES ASSUREURS-MALADIE SUISSES (CAMS)
2001. *Annuaire de l'assurance maladie suisse*, p.120-134. Soleure: CAMS.

FAINZANG Sylvie
1997. «Les stratégies paradoxales: réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de maladie». *Sciences sociales et santé* (Toulouse) 15(3): 5-23.

FASSIN Didier
2001. «La globalisation et la santé: éléments pour une analyse anthropologique», in: Bernard Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie*, p. 25-40. Paris: Karthala.

GALIMBERTI Umberto
1999. *Psiche e techne: l'uomo nell'età della tecnica*. Milano: Feltrinelli.

HAM Christopher (ed.)
1997. *Health Care Reforms: Learning from International Experience*. Buckingham: Open University Press.

HOURS Bernard (dir.)
2001. *Systèmes et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie*. Paris: Karthala.

HUARD Pierre et Jean-Paul MOATTI
1995. «Introduction à la notion de réseau». *Gestions hospitalières* (Mantes-la-Jolie) 351: 735-738.

JUNOD Alain F. (éd.)
2001. *Les coûts de la santé: des choix à faire, des valeurs à préserver*. Genève: Georg.

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE
2001. «Réseaux». *Journal d'économie médicale* (Paris) 19(5-6): 331-447.

KIEFER Bertrand et Philippe SCHALLER
2001. «La santé est-elle un marché comme les autres?», in: Alain JUNOD (éd.), *Les coûts de la santé: des choix à faire, des valeurs à préserver*, p. 43-55. Genève: Georg.

LAFAYE Claudette
1996. *La sociologie des organisations*. Paris: Nathan.

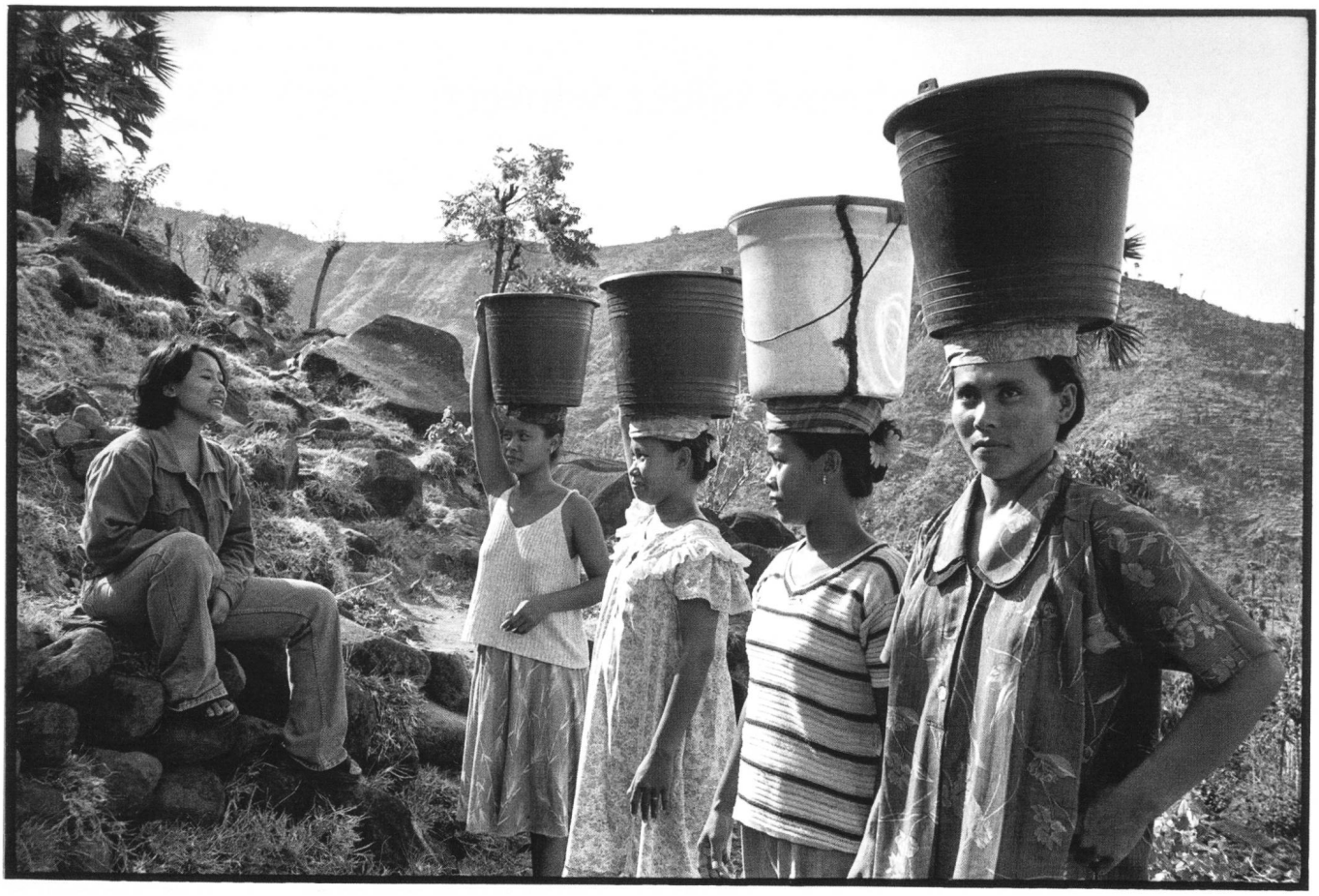
MASSÉ Raymond
1997. «Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux». *Anthropologie et société* (Québec) 21(1): 53-72.
2001. «La santé publique comme projet politique et projet individuel», in: Bernard HOURS (dir.), *Systèmes et politiques de santé:*

de la santé publique à l'anthropologie, p. 41-64. Paris: Karthala.
McKee Martin et Judith Healy (eds)
2002. *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press.
Nouvelles orientations de la politique sanitaire (NOPS)
1997. *Nouvelles orientations de la politique sanitaire. Mode d'emploi pour la constitution des réseaux. Cahiers de la conférence de concertation des systèmes d'information*. Etat de Vaud.
2000. *Nouvelles orientations de la politique sanitaire. Mode d'emploi pour la constitution des réseaux. Cahiers de la conférence de concertation des ressources humaines*. Etat de Vaud.
OFAS
1996. *Managed care*: la gestion des soins progresse. *Sécurité sociale* (Berne) 3.
2002. La LAMal a six ans. Synthèse de l'analyse des effets. *Sécurité sociale* (Berne) 1.
Ridsdale Leone
1995. *Evidence-Based General Practice. A Critical Reader*. London: Saunders.
Rossi Ilario
1996. «Médecine, médecines: parallélisme ou complémentarité?». *Cahiers médico-sociaux* (Genève) 40: 17-24.
1997. «L'anthropologie médicale entre théorie et pratique». *Médecine psychosomatique et psychosociale* (Chêne-Bourg, Genève) 26(1-2): 2-9.
1999. «Médiation culturelle et formation des professionnels de santé: de l'interculturalité à la co-disciplinarité». *Soziale und präventive Medizin* (Zurich) 44(6): 288-294.
2000. «Pluralisme social et culturel: quelles implications pour la pratique de la médecine?». *Revue médicale de Suisse romande* (Lausanne) 120: 1025-1028.
Spitzer Anne et Fondation pour la recherche en soins infirmiers (FORESO)
2002. «Que savent les infirmières des réformes du système de santé?». *Soins infirmiers* (Soleure) 5: 64-69.

Abstract

Healthcare networks, health networks: Promethean culture or the liberty of impotence?

Economic globalisation and the technological revolution induce, in Western countries, important reforms of health systems and call into being new models of health management. Increasingly, the convergence of medical, economic and technical rationalities results in the evaluation of health care in terms only of efficiency. The concern for therapeutic effectiveness becomes inseparable from the question of financial cost. In the face of broad changes in the epidemiological panorama, health care providers worldwide question their traditional roles and interrogate the growing gap between research and practice. In this context, public health organizations in Switzerland rework their relations to care management contractual partners. They react to changes toward rationalization and reorganization in their work by forming networks. Caught between constraint and innovation, these networks work ambivalently to modify knowledge and practice. While associating themselves with notions of technological progress, they also call for an examination of the political goals, ethical issues and cultural values at the heart of the systems they work within.

Auteur

Ilario Rossi, anthropologue (PhD), est chef de projet au Département universitaire de médecine et santé communautaire et professeur extraordinaire à la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne.
E-mail: Ilario.Rossi@hospvd.ch